RAPPORT

2024

Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater

FHI
Folkehelseinstituttet

Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023:

Fremgangsmåte og utvalgte resultater



Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Jens Christoffer Skogen
Ragnhild Bang Nes
Victor Daniel Lode
Ingunn Agnete Riise
Leif Edvard Aarø

FHI
Folkehelseinstituttet

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for psykisk og fysisk helse
Avdeling for helsefremmende arbeid
Januar 2024

Tittel:
Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023:
Fremgangsmåte og utvalgte resultater

Forfattere:
Marit Knapstad
Thomas Sevenius Nilsen
Jens Christoffer Skogen
Ragnhild Bang Nes
Victor Daniel Lode
Ingunn Agnete Riise
Leif Edvard Aarø

Andre bidragsytere:
Agder fylkeskommune
Kantar Public (nå: Verian) har ledet datainnsamlingen

Oppdragsgiver:
Agder fylkeskommune
Prosjektleder i Agder fylkeskommune: Oddmund Frøystein
Prosjektleder i Kantar Public (nå: Verian): Kamila Angelika Hynek

Publikasjonstype:
Rapport

Bestilling:
Rapporten kan lastes ned som PDF
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:
Per Kristian Svendsen og Grete Søimer

Grafisk design omslag:
Fete Typer

ISBN elektronisk: 978-82-8406-431-4

Emneord (MeSH):
Befolkningsstudier, fylker, helse, helserelatert atferd, levekår, livskvalitet, nærmiljø, psykisk helse, sosial ulikhet, utvalgsundersøkelse.

Sitering: Knapstad M, Nilsen TS, Skogen, JC, Nes, RB, Lode VD, Riise IA, Aarø, LE. Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultat. Rapport 2024. Bergen: Folkehelseinstituttet, 2024.

Korrigert utgave, mai 2025: Dette er en korrigert versjon av rapporten som opprinnelig ble publisert 31.01. 2024. Prosentene for menn i B-delen av diagrammene samt de tilhørende effektstørrelsene er justert. Ingen endringer i effektstørrelser er større enn 0,01.

Innhold

Sammendrag 6
Oppsummering av funn fra 2019 og 2023 6
Nye funn fra 2023 7
Vurdering av økonomien i husholdningen 7
Endringer fra 2019 til 2023 8
1 Introduksjon 9
2 Metode 10
2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall 10
2.2 Den lokale innsatsen 14
2.2.1 Kommunikasjonsarbeidet i Agder 14
2.2.2 Nettside på agderfk.no 15
2.2.3 Kampanje i sosiale medier og aviser 15
2.3 Spørreskjemaet 17
2.4 Statistiske analyser 17
2.5 Endringer over tid i helse, fornøydhet med livet og sosiale forhold 20
2.6 Viktige forbehold 20
3 Resultater: Agder 2023 22
3.1 Alder: Regioner i Agder 23
3.2 Kjønn: Regioner i Agder 24
3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Regioner i Agder 25
3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Agder 26
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet 27
3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet 30
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet 33
3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet 36
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet 39
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet 42
3.11 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde 45
3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet 48
3.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet 51
3.14 God eller svært god helse 54
3.15 God eller svært god tannhelse 57
3.16 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier 60
3.17 Fedme (KMI 30+) 63
3.18 Søvnproblemer (Insomni) 66
3.19 Psykiske plager (HSCL-5) 69
3.20 Hverdagen i stor grad påvirket av sykdommer/helseproblemer 72
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade 75
3.22 Korsryggsmerter siste 28 dager 78
3.23 Nakkesmerter siste 28 dager 81
3.24 Sosial støtte 84
3.25 Ensomhet (UCLA-3) 87
3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere 90
3.27 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken 93
3.28 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere 96
3.29 Daglig inntak av frukt eller bær 99
3.30 Daglig inntak av grønnsaker 102
3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere 105

3.32 Daglig røyking 108
3.33 Daglig snusing 111
3.34 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere 114
3.35 Alkoholenheter per gang 117
3.36 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere 120
3.37 Tilfredshet med livet 123
3.38 Fremtidsoptimisme 126
3.39 Det man gjør i livet er meningsfylt 129
3.40 Negative følelser siste 7 dager 132
3.41 Positive følelser siste 7 dager 135
3.42 Ensomhet 138
3.43 Støttende og givende sosiale relasjoner 141
3.44 Tillit til andre 144
3.45 Stedstilhørighet 147
3.46 Trygg i nærmiljøet 150
3.47 Engasjement 153
4. Endring fra 2019 til 2023 på utvalgte variabler 156
4.1 Tilfredshet med livet 156
4.2 Psykiske plager (HSCL-5) 157
4.3 Andel ensomme (UCLA-3) 158
4.4 Andel med økonomiske vansker 159
4.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet 160
4.6 Høy sosial støtte 161
4.7 God eller svært god helse 162
4.8 Andel med fedme (KMI 30+) 163
4.9 Stedstilhørighet 164
4.10 Støttende og givende sosiale relasjoner 165
4.11 Tillit til andre 166
4.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet 167
4.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet 168
4.14 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere 169
4.15 Hverdagen i stor grad påvirket av sykdommer/helseproblemer 170
4.16 Positive følelser siste 7 dager 171
4.17 Det man gjør i livet er meningsfylt 172
4.18 Trygg i nærmiljøet 173
4.19 Engasjement 174
5 Oppsummering og diskusjon 175
5.1 FHUS Agder 2019 og 2023 175
5.1.1 Kjønnsforskjeller i 2019 som ble funnet også i 2023 175
5.1.2 Aldersforskjeller i 2019 som ble funnet også i 2023 175
5.1.3 Forskjeller på tvers av utdanningsgrupper i 2019 og 2023 177
5.1.4 Forskjeller mellom regionene i Agder 178
5.2 Nye funn fra FHUS Agder 2023 182
5.2.1 Kjønnsforskjeller 182
5.2.2 Aldersforskjeller 182
5.2.3 Utdanning 184
5.2.4 Den nye prediktoren: I hvilken grad strekker pengene i husholdningen til? 184
5.3 Endringer i Agder fra 2019 til 2023 187
5.4 Begrensninger ved datagrunnlaget 189
5.4.1 Representativitet og skjevheter 189

5.4.2 Måleinstrument 189
6 Referanser 191
Vedlegg 1: Spørreskjema 194
Vedlegg 2: Spørsmålsoversikt 195
2.4.1 Kjønn, alder og utdanning 195
2.4.2 Trivsel 196
2.4.3 Tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud lokalt 196
2.4.4 Deltakelse i aktiviteter 196
2.4.5 Generell helse og tannhelse 197
2.4.6 Besøk hos tannlege eller tannpleier 197
2.4.7 Høyde og vekt 197
2.4.8 Psykiske plager (HSCL-5) 197
2.4.9 Søvnproblemer (insomni) 198
2.4.10 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelser 198
2.4.11 Muskel-skjelettplager 199
2.4.12 Sosial støtte 199
2.4.13 Ensomhet 200
2.4.14 Fysisk aktivitet 200
2.4.15 Kosthold 201
2.4.16 Røyk og snus 201
2.4.17 Alkohol 202
2.4.18 Livskvalitet 202
2.4.19 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon 204
2.4.20 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Agder 205
Vedlegg 3: Tabell fylkessammenstilling 208
Vedlegg 4: Tabeller frekvensfordeling 213

Sammendrag

Den foreliggende rapporten er basert på analyser av data fra Folkehelseundersøkelsen i Agder i 2023. Av de 57 891 inviterte var det 18 517 som deltok i undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 32,0. Andelen kvinner var 55,4 %. Gjennomsnittsalderen var 51,2 år. Andelen som hadde fullført universitets- eller høgskoleutdanning (minst to år) var 46,6 % (vektede tall).

I denne rapporten presenteres bakgrunn, metode, gjennomføring og en del utvalgte resultater. Datainnsamlingen (elektronisk) ble gjennomført av Kantar Public (nå: Verian) på vegne av Folkehelseinstituttet og Agder fylkeskommune. Utvalget som ble invitert til å være med var voksne fra 18 år og oppover. Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 20. september – 23. oktober 2023.

Oppsummering av funn fra 2019 og 2023

Nokså mange resultater fra 2023 sammenfaller med resultater fra undersøkelsen i Agder i 2019. Som i 2019, kom kvinner bedre ut enn menn på mange av utfallsmålene som dreier seg om helserelatert atferd. Dette gjelder for eksempel kosthold, alkoholbruk og bruk av snus.

Kvinnene kom på begge tidspunkt bedre ut på noen av de utfallsmålene som handlet om relasjoner til andre. De skåret gjennomsnittlig høyere enn mennene på «støttende og givende sosiale relasjoner» og på tillit til andre. En høyere andel kvinner enn menn oppgav høy grad av sosial støtte. Den gjennomsnittlige skåren på «Trygg i nærmiljøet» var svært høy både i 2019 (8,96) og i 2023 (8,71). Men kvinnene hadde lavere gjennomsnittlig skår enn mennene begge årene.

Både i 2019 og i 2023 kom menn bedre ut enn kvinner på noen av de spørsmålene som dreier seg om psykisk helse (psykiske plager, negative følelser siste syv dager, søvnplager, ensomhet). Kvinner kom bedre ut enn menn på to av livskvalitetsmålene: «Livet er meningsfylt» og «positive følelser siste syv dager».

På utfallsmål som har med psykisk helse, livskvalitet og relasjoner til andre å gjøre, blir det meste bedre med alderen frem til og med aldersgruppen 70-79 år. Dette gjelder for eksempel tilfredshet med livet, positive følelser siste syv dager, tillit til andre og trygghet i nærmiljøet. Gjennomsnittlig skår på psykiske plager, negative følelser siste 7 dager og ensomhet går ned med alderen.

Det jevne inntaket av alkohol (minst 2-3 ganger per uke) blir mer utbredt med alderen, men antall alkoholenheter en inntar når en drikker og det episodisk høye forbruket avtar med alderen.

Det er jevnt over et konsistent mønster av sammenhenger med utdanning. Jo høyere utdanning, desto helsemessig gunstigere tall. Dette gjelder helserelatert atferd, relasjoner til andre mennesker, livskvalitet og deltagelse i aktiviteter. Bare på ett punkt fant vi en sammenheng som gikk i favør av dem med kortere utdanning. Andel som drikker alkohol minst 2-3 ganger per uke øker med utdanningsnivå. Antall alkoholenheter når en drikker går derimot ned med økende utdanning.

På spørsmålene om tilgjengelighet til ulike fasiliteter i nærmiljøet var det størst andel som oppgav god eller svært god tilgjengelighet til natur, friluftsområder, parker og grøntarealer. Bare seks av ti av deltakerne i studien mente at gang- og sykkelveier er godt

eller svært godt utbygde i deres nærområde. Lavest andel som oppgav god eller svært god tilgjengelighet fant vi for offentlig transport. Når det gjelder offentlig transport og gang- og sykkelveier, er det naturlig nok byområdene som kommer best ut.

Nye funn fra 2023

I spørreskjemaet i 2023 var det blant annet tatt inn noen nye spørsmål om (i) korsryggsmerter, (ii) nakkesmerter og (iii) fremtidsoptimisme. I spørreskjemaet fra 2019 ble det stilt spørsmål om (iv) langvarige sykdommer eller helseproblemer og (v) funksjonsnedsettelse på grunn av skade, men resultatene på disse utfallsvariablene ble ikke presenterte i hovedrapporten fra undersøkelsen.

Andelen som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dager var 45 prosent, høyere blant kvinner enn blant menn og synkende med stigende utdanningsnivå. Andelen som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager var 42 prosent, langt høyere blant kvinner enn blant menn og svakt synkende med utdanningsnivå blant kvinner. Gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme var litt høyere blant kvinner enn blant menn og øker noe med utdanningsnivå.

Andel som rapporterte at de hadde hatt nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene, avtar i de eldste aldersgruppene. Samtidig synker naturlig nok framtidsoptimismen en del etter passerte 70 år.

Andelen som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer var 15 prosent, høyere blant kvinner enn blant menn og synkende med høyere utdanningsnivå. Andelen som svarte at hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse på grunn av skade var 7 prosent. Her var kjønnsforskjellen minimal, men igjen var andelen synkende med økende utdanningsnivå.

Disse nye funnene fra 2023 supplerer det bildet vi har fra før. Kvinnene har mindre gunstige skår enn menn på noen utfallsmål som er relaterte til helseproblemer, funksjonsnedsettelser og smerter. Og på disse utfallsmålene er økende utdanningsnivå assosiert med gunstigere skårer.

I denne rapporten har vi skilt ut de aller eldste (80+) som en egen gruppe. På en rekke utfallsmål relatert til helse, livskvalitet og sosiale relasjoner kom disse mindre gunstig ut enn dem i alderen 70-79 år. Antallet deltakere i den eldste gruppen er imidlertid nokså lavt, og tallene derfor noe usikre. Ved å kombinere data fra flere fylker kan vi få et høyere antall observasjoner i den eldste gruppen.

Vurdering av økonomien i husholdningen

I denne rapporten har vi for første gang lagt inn vurdering av husholdningsøkonomien som en prediktorvariabel på linje med region, kjønn, alder og utdanning. Jo vanskeligere en mener det er å få pengene i husholdningen til å strekke til, desto mindre gunstig helseatferd (med unntak av det å drikke alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere), og desto mer negative utfall på helse, sykdom, sosiale relasjoner og livskvalitet. Sammenhengene er i mange tilfeller svært sterke.

Det målet vi har benyttet er selvsagt forskjellig fra mer objektive mål på økonomisk situasjon som personlig inntekt, husholdningsinntekt eller disponibel inntekt etter at nødvendige utgifter er dekket. Men kanskje er det målet vi har benyttet vel så viktig.

Opplevelsen av økonomiske problemer kan ofte være en mer direkte belastende faktor enn det vi fanger opp med mer objektive mål.

Endringer fra 2019 til 2023

Endringer vi finner når vi sammenligner tall fra 2023 med tall fra 2019 må tolkes med forsiktighet. Blant annet bidrar en lavere svarprosent i 2023 til å gjøre sammenligningene mer usikre. Vi har i egne analyser av endringer over tid justert for alder og kjønn for å redusere litt av denne usikkerheten. Justeringene medførte jevnt over at endringene ble større.

På en del utfallsmål finner vi endringer som ikke kan karakteriseres som positive. Vi har blant annet registrert en nedgang i gjennomsnittlig skår på tilfredshet med livet og positive følelser siste syv dager. Vi har også funnet en nedgang i andel som rapporterte samvær med gode venner ukentlig og en oppgang i andel som oppgav at de har problemer med å få pengene i husholdningen til å strekke til. Det er lite sannsynlig at disse endringene over tid bare har funnet sted i Agder. Tall fra andre undersøkelser tyder på at tilsvarende endringer har funnet sted også i andre fylker og i landet som helhet. Hvis disse endringene gjenspeiler faktiske endringer som har funnet sted i den voksne befolkningen, bør vi følge utviklingen over tid og vurdere mulige helsefremmende tiltak. Dersom vi skal foreslå mulige forklaringer på de endringene vi har funnet, er det nærliggende å peke på faktorer som COVID-19-pandemien, økte renter og priser og informasjonsstrømmen rundt konflikter og kriger. Hva som har hatt betydning varierer sannsynligvis med utfallsmål og med demografi.

1 Introduksjon

Folkehelseundersøkelsene i fylkene (FHUS-ene) er hjemlet i forskrift om oversikt over folkehelsen § 7. Målet med undersøkelsene, som skal omfatte den voksne befolkningen, er å fremskaffe informasjon som er viktig for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i fylker og kommuner. Viktige tema som inngår er selv-rapportert helse, livskvalitet, helserelatert atferd og vurderinger av lokale forhold som kan ha betydning for folkehelsa. En viktig side ved Folkehelseundersøkelsene er blant annet at de skal produsere nye data, slik at folkehelsearbeidet og det regionale utviklingsarbeidet kan baseres på et dagsaktuelt kunnskapsgrunnlag. Folkehelseundersøkelsene skal dessuten supplere det vi har av informasjon fra andre kilder, for eksempel fra registre, fra nasjonale undersøkelser og fra undersøkelser som er mer medisinske og som for eksempel omfatter måling av blodtrykk og innsamling av biologisk materiale.

Dersom man lykkes i å gjennomføre undersøkelsene på en standardisert måte (samme spørreskjema, samme datainnsamlingsmåter) med høy kvalitet på innsamlede data (representative utvalg, høy svarprosent), vil det være mulig å sammenlikne på tvers av fylker og med tall for hele landet. Over tid vil man dessuten kunne se på trender både innen og på tvers av fylker. Det å kunne sammenligne på tvers og over tid var en viktig premiss da disse undersøkelsene først ble beskrevet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonalt er data fra Folkehelseundersøkelsene allerede i bruk som noe av grunnlaget for fylkesvise sykdomsbyrdeanalyser[1] og vil etter hvert også bli presenterte gjennom Norgeshelsa[2], Kommunehelsa[3] og Kommunehelseprofilene[4]. Data blir stilt til disposisjon for fylkeskommunene samt regionale og lokale forskningsmiljø for videre analyser og for å sikre best mulig nytte av dataene. Analyser basert på data fra Folkehelseundersøkelsene i fylkene blir dessuten publiserte i vitenskapelige artikler [1-19].

Det lages også tabeller med tall for hver enkelt kommune. Når kommunene er svært små, slik at det kan oppstå problemer med anonymiteten, blir tallene ikke oppgitt.

I samarbeid med fylkeskommunene er det utviklet et spørreskjema som blir brukt i alle Folkehelseundersøkelsene. Undersøkelsen i Agder var basert på en nylig revidert versjon av dette skjemaet. Skjemaene som er benyttet så langt er tilgjengelige på Folkehelseinstituttets hjemmesider[5]. Hvert fylke som gjennomfører undersøkelsen, har anledning til å føye til et begrenset antall med egne spørsmål. I denne undersøkelsen ble det blant annet lagt til spørsmål om omsorgsansvar, diskriminering, livshendelser i barndommen, livshendelser i voksen alder og fungering i dagliglivet. Disse spørsmålene vil bli forsket på og analysert av forskere knuttet til Universitetet i Agder og Sørlandets Sykehus Helseforetak.

Etter hvert som fylkene gjennomfører undersøkelsen, blir hovedrapportene lagt ut på Folkehelseinstituttets hjemmesider. Rapporter fra tidligere undersøkelser finnes på fylkeshelseundersøkelsenes hjemmeside[6]. I denne rapporten presenterer vi resultater fra Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023.

[1] https://www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/fylkesvise-resultater-om-sykdomsbyrde/
[2] http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no
[3] http://khs.fhi.no/webview/
[4] https://www.fhi.no/hn/folkehelse/
[5] https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/
[6] https://www.fhi.no/hs/fylkeshelseundersokelser/

2 Metode

2.1 Utvalg, datainnsamling og frafall

Undersøkelsen i Agder ble planlagt og gjennomført i et nært samarbeid mellom Folkehelseinstituttet (Område for psykisk og fysisk helse) og Agder fylkeskommune. Kantar Public (nå: Verian) hadde ansvar for innsamling av data. Se også Kantar Publics sluttrapport om datainnsamlingen. En detaljert spørsmålsoversikt presenteres i Vedlegg 2.

Målgruppen for undersøkelsen var den voksne befolkningen i Agder fylke, født etter den 01.09. 2005. De skulle ha registerstatus som «vanlig bosatt» og adressekode 0 (ikke pendlerstatus, ikke klient ved institusjon e.l.). De skulle også ha gyldig norsk fødselsnummer (ikke D-nummer, som er midlertidig og ment for opphold i Norge mindre enn 6 måneder). Antallet som oppfylte disse kriteriene, var 247 698 personer. Etter å ha fjernet dem som var reservert for digital kommunikasjon, og dem som ikke hadde unike telefonnumre og e-post, satt en igjen med 217 785 personer. Blant disse ble det trukket et representativt utvalg på 57 891 personer. Utvalgsstørrelsen i hver kommune var disproporsjonal. I 12 av de 25 kommunene ble det trukket 2 500 personer. I Kristiansand ble det trukket 10 000 og i Arendal 5 000. I kommuner med under 2 500 personer ble alle på listene inviterte til å delta.

Datainnsamlingen ble gjennomført i perioden 20. september – 23. oktober 2023. De første invitasjonene ble sendt ut 20. september, etterfulgt av puljevis utsending. Tidspunktene for utsendelser ble bestemt fortløpende i henhold til responsen. Personer som ikke besvarte undersøkelsen innen gitte datoer, ble tilsendt påminnelser vekselvis via SMS og e-post. Det ble totalt sendt ut fire påminnelser, to på e-post, en på SMS og en ekstra påminnelse per SMS til personer under 45 år. Datoer for invitasjon og påminnelser er vist i Tabell 1.

Etter datainnsamling og datalagring ble dataene kryptert av Kantar Public (Nå: Verian) og overført til en sikker server ved Folkehelseinstituttet for videre bearbeiding og analyser. De som måtte ønske det, kan når som helst få slettet sine opplysninger fra datafilene.

Tabell 2.1: Datoer for utsending av invitasjon og påminnelser for web- og postalt utvalg (etter rapport fra Kantar Public (nå: Verian) [20]) .

	Web-utvalg
Første invitasjon på e-post og SMS (puljevis)	20. september
Påminnelse 1, SMS	28. september
Påminnelse 2, e-post	04. oktober
Påminnelse 3, SMS personer under 45 år	10. oktober
Påminnelse 4, e-post	17. oktober
Avslutning feltarbeid	23. oktober

Figur 2.1 viser hvordan deltakelsen i den elektroniske undersøkelsen utviklet seg fra dag til dag.

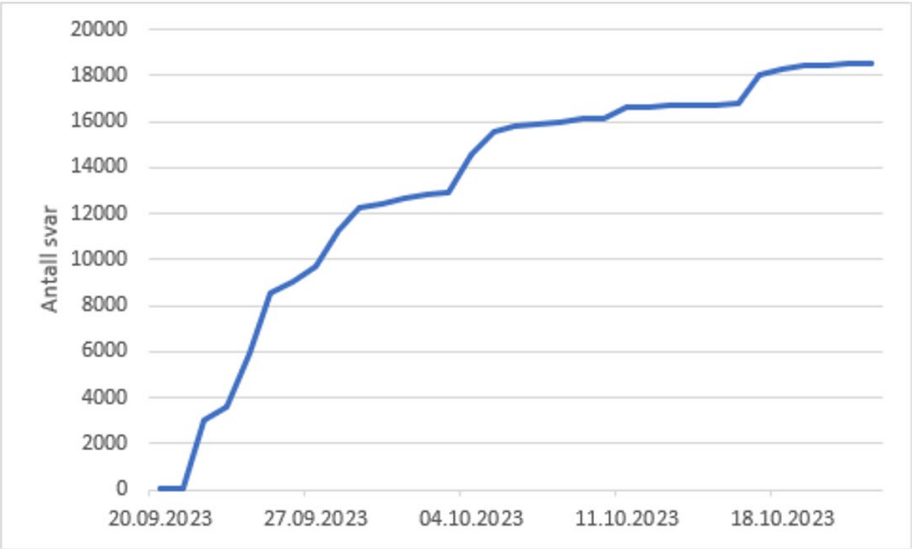


Fig. 2.1: Utfylte skjema etter dato.

Kommunene i Agder fylke er, i analysene som er presenterte i denne rapporten, delt inn i åtte regioner:

- **Listerregionen:** Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal
- **Setesdalsregionen:** Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle, Åseral
- **Østre Agder uten Arendal og Grimstad:** Risør, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Åmli
- **Kristiansandsregionen uten Kristiansand og Lindesnes:** Lillesand, Birkenes, Iveland, Vennesla
- **Kristiansand:** Kristiansand
- **Arendal:** Arendal
- **Grimstad:** Grimstad
- **Lindesnes:** Lindesnes

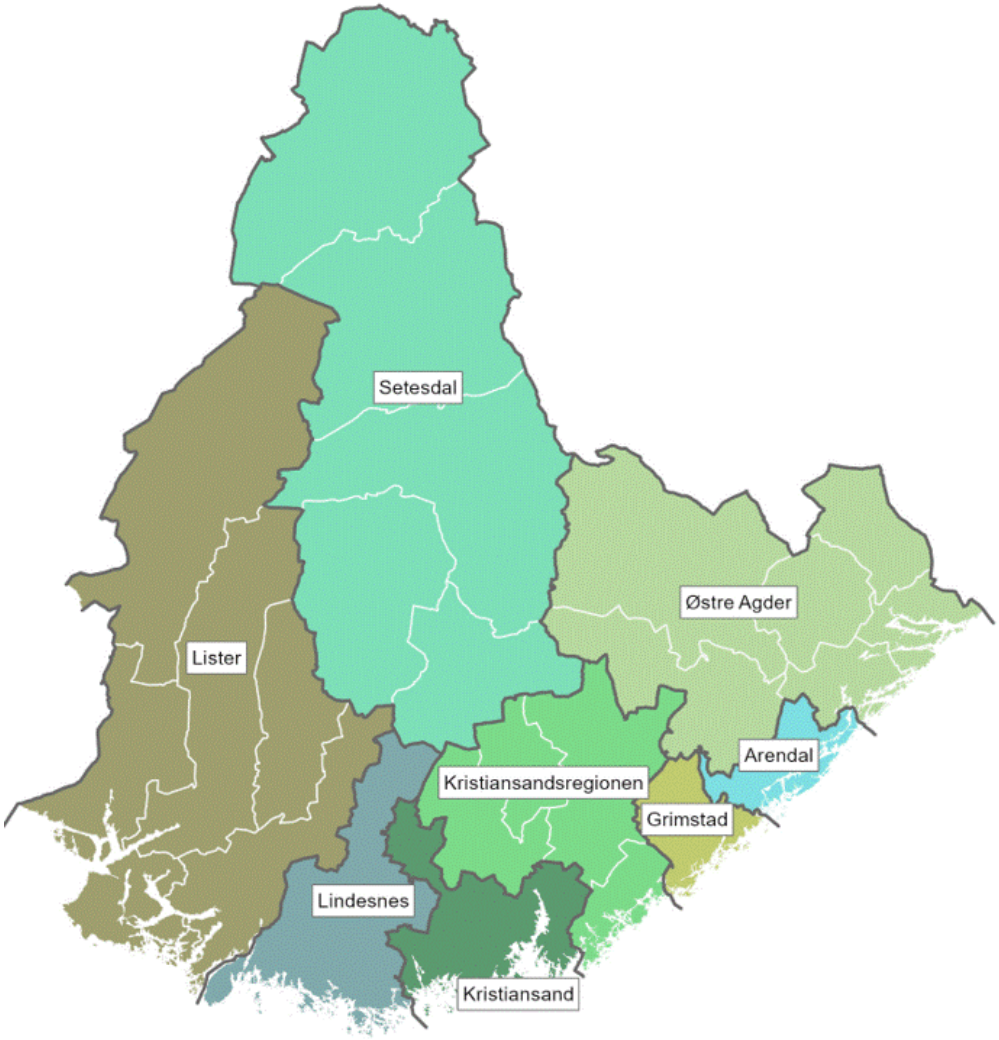


Fig 2.2: Regioninndelingen som er brukt i denne rapporten.
Kart laget av Agder fylkeskommune.

Tabell 2.2 viser hvor mange som ble inviterte til å være med i undersøkelsen og hvor mange som faktisk deltok etter geografisk område i fylket. Oppslutningen per region varierte fra 28,2 til 34,0 %.

Tabell 2.3 viser svarprosent etter kjønn og aldersgruppe. Vi ser at svarprosenten er langt høyere blant kvinner (36,6 %) enn blant menn (27,6 %). Svarprosenten varierer betydelig over aldergrupper for begge kjønn, og særlig blant menn. Blant kvinnene er svarprosenten høyest i aldersgruppen 60-69 år (46,0 %) og lavest blant de yngste (24,9 %) og de eldste (25,4 %). Blant menn er svarprosenten høyest i aldersgruppen 70-79 år (48,0 %) og lavest i den yngste aldersgruppen, der bare 12,1 % besvarte skjemaet.

Tabell 2.2: Fordeling av inviterte og det endelige utvalget etter region/kommune (ikke designvektede tall).

	Inviterte *n*	Svarte *n*	Deltakelse i prosent
Listerregionen	12 340	3 718	30,1
Setesdalsregionen	5 426	1 529	28,2
Østre Agder uten Arendal og Grimstad	11 745	3 971	33,8
Kristiansandsregionen uten Kristiansand og Lindesnes	8 380	2 656	31,7
Kristiansand	10 000	3 287	32,9
Arendal	5 000	1 702	34,0
Grimstad	2 500	837	33,5
Lindesnes	2 500	817	32,7
Alle	**57 891**	**18 517**	**32,0**

Tabell 2.3: Svarprosent etter kjønn og aldersgruppe.

	Kvinner			Menn		
	Inviterte *n*	Svarte *n*	Deltakelse i prosent	Inviterte *n*	Svarte *n*	Deltakelse i prosent
18-29	5718	1422	24,9	6082	736	12,1
30-39	4968	1661	33,4	5202	1038	20,0
40-49	5017	1855	37,0	5257	1368	26,3
50-59	5071	2218	43,7	5305	1682	31,7
60-69	4026	1850	46,0	4332	1777	41,0
70-79	2646	1127	42,6	2830	1358	48,0
80+	721	183	25,4	716	242	33,8
Alle	**28167**	**10316**	**36,6**	**29724**	**8201**	**27,6**

En feilkilde i undersøkelser som denne er seleksjon. Seleksjon handler om at de som deltar svarer forskjellig fra dem som ikke deltar (hvis de hadde deltatt). For eksempel har en del studier funnet at deltakere i befolkningsbaserte studier har bedre helse enn dem som ikke svarer [21]. Er det slik, vil datamaterialet vise et mer positivt bilde av helsetilstanden i befolkningen enn det som er realiteten. På grunn av de lave svarprosentene, antar vi at seleksjonsproblemet i den foreliggende undersøkelsen i Agder er størst blant menn i de to yngste aldersgruppene (18-29 og 30-39 år) og blant kvinner i yngste (18-29 år) og eldste aldersgruppe (80+).

Sammenligninger mellom de som svarte med en gang og de som svarte etter purringer basert på data fra en lignende folkehelseundersøkelse (Hordaland i 2018), viser at de som

svarer etter én eller to purringer på de utfallsmålene som er med i disse undersøkelsene ikke skiller seg vesentlig fra dem som svarer etter første invitasjon [2]. Dette kan bety at en noe lavere svarprosent ikke nødvendigvis bidrar til økte skjevheter på de utfallsvariablene som inngår.

Vi vet ikke i hvilken grad en høyere deltakelse enn de inntil 46,5 prosentene som på det meste har deltatt i Folkehelseundersøkelsene i fylkene ville endret resultatene. Det blir nå gjennomført sammenligninger mellom de som deltar og de som ikke deltar basert på registerdata. Så om forholdsvis kort tid vet vi mer om dette.

Tabell 2.4: Utvalget og befolkningstall etter kjønn og aldersgruppe.

	Kvinner			Menn		
	Befolkning *n*	**Utvalg *n***	**Utvalget i prosent av alle voksne innbyggere**	**Befolkning *n***	**Utvalg *n***	**Utvalget i prosent av alle voksne innbyggere**
18-29	23 251	1422	6,1	24 794	736	3,0
30-39	19 955	1661	8,3	20 410	1038	5,1
40-49	20 274	1855	9,1	20 674	1368	6,6
50-59	20 640	2218	10,7	21 387	1682	7,9
60-69	17 694	1850	10,5	17 630	1777	10,1
70-79	14 276	1127	7,9	13 537	1358	10,0
80+	8 381	183	2,2	5 747	242	4,2
Alle	**124 471**	**10316**	**8,3**	**124 179**	**8201**	**6,6**

Tabell 2.4 viser hvor stor prosentandel av den samlede, voksne befolkningen i Agder som deltok i undersøkelsen. Blant menn finner vi de tre laveste andelene henholdsvis i den yngste, den eldste, og nest yngste aldersgruppen. Andelen i den yngste aldersgruppen var 3,0 %, i den eldste 4,2 %, og i den nest yngste 5,1 %. Tilsvarende finner vi den laveste andelen blant kvinner i den eldste aldersgruppen, der andelen som deltok i undersøkelsen var 2,2 %. Dette lave tallet skyldes ikke bare en beskjeden svarprosent blant dem som ble invitert til å delta, men også manglende digital kontaktinformasjon blant en stor andel av de eldre kvinnene.

2.2 Den lokale innsatsen

2.2.1 Kommunikasjonsarbeidet i Agder

Internt i Agder fylkeskommune hadde analyseavdelingen hovedansvar for den regionale oppfølgingen av Folkehelseundersøkelsen. I tillegg ble det etablert en uformell regional ressursgruppe, bestående av representanter fra folkehelseavdelingen og kommunikasjonsavdelingen i fylkeskommunen, representanter fra kommunene Arendal og Kristiansand, samt en representant fra Universitetet i Agder. Ressursgruppen har gitt innspill til Folkehelseinstituttet om trekking av utvalg, tema til spørreskjema, lokal involvering og promotering.

Utgangspunktet for kommunikasjonsarbeidet var å gjenbruke markedsføringsplanene fra tilsvarende undersøkelser i Agder i 2015 og 2019. Først like før første utsendelsen av invitasjon og spørreskjema gikk Agder fylkeskommune ut med informasjon om undersøkelsen. Ved utgangen av august ble det sendt forhåndsinformasjon på e-post til alle Agders kommuner.

Forhåndsinformasjonen ble fulgt opp med ny e-post en uke før utsendelse med informasjonspakke til kommunenes folkehelsekoordinatorer og kommuneleger. De ble oppfordret til å spre informasjonen lokalt. Informasjonspakken inneholdt forslag til pressemelding, artikkel med bilder tilpasset for kommunenes nettsider, to korte opplysningsvideoer (publisert også på Facebook-side til Agder fylkeskommune). Den ene kan sees her: Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023, Vegard Nilsen, fylkesdirektør for folkehelse on Vimeo

2.2.2 Nettside på agderfk.no

På forsiden til Agder fylkeskommune ble det lagt inn et fokusfelt under hele datainnsamlingsperioden, med informasjon og henvisning til egen side for undersøkelsen; https://agderfk.no/fhus

Fylkeskommunen opprettet en egen e-postadresse som publikum kunne sende spørsmål til. Det kom totalt 36 henvendelser på e-post. Fylkeskommunen opprettet også en egen telefontjeneste der publikum kunne ringe inn. Telefonen var bemannet fra mandag til fredag fra klokken 09.00 til 15.30. I løpet av perioden mottok fylkeskommunen et fåtall telefoner (rundt 20). Disse henvendelsene dreide seg hovedsakelig om hvorvidt undersøkelsen var reell, og utfordringer knyttet til spørreskjemaet og inviterte som ikke kunne svare.

2.2.3 Kampanje i sosiale medier og aviser

Agder fylkeskommune brukte sin egen kommunikasjonsavdeling for å lage annonser og filmer for å løfte budskapet med Folkehelseundersøkelsen. Den 9. september, omtrent to uker før datainnsamlingen startet, ble det satt inn annonser i de regionale avisene Fedrelandsvennen og Agderposten. Annonsene ble vist i de samme avisene også to uker etter. I tillegg ble de vist på Facebook-sidene til Agder fylkeskommune.

Pressemelding ble sendt ut 14.september. Dagen før datainnsamlingen startet, ble folkehelsedirektøren i Agder fylkeskommune intervjuet av NRK Sørlandet i morgensendingen (radio), med påfølgende intervju i lokalnyhetene (TV) om kvelden.

Blant de som deltok i undersøkelsen, ble det trukket ut 10 tilfeldige personer som fikk hvert sitt gavekort på 2 500 kroner.



Fig. 2.3: Annonse i hos Fedrelandsvennen og Agderposten.



Fig. 2.4: Bilde brukt i markedsføring av undersøkelsen

2.3 Spørreskjemaet

Spørreskjemaene til Folkehelseundersøkelsene i fylkene består av en grunnmodul, som er felles for alle fylker, og en tilleggsmodul, der hvert fylke har anledning til å legge inn spørsmål som er av spesiell interesse for det aktuelle fylket. I inneværende rapport presenteres resultater fra spørsmålene i grunnmodulen.

Grunnmodulen holdes mest mulig lik over tid. Dette for å bevare mulighet for sammenligninger over tid og mellom fylker. Samtidig har det vært behov for enkelte revisjonsrunder for å gjøre kvalitetsutbedringer. Det har blitt gjennomført revisjonsrunder i 2019, 2020/21 og 2022/23.

Den mindre revisjonen som ble gjennomført vinteren 2022/23 ble gjort for å forkorte grunnmodulen. Dette med tanke på å redusere totallengden på skjemaet og for å gi hvert fylke mer rom for å legge inn egne spørsmål. I 2020 ble det gjort en større revisjon av grunnmodulen. Den ble gjennomført av en arbeidsgruppe med representanter fra Folkehelseinstituttet og en av fylkeskommunene. Revisjonene ble gjort etter innspillsrunder høsten 2020 med fylkeskommunene, representanter fra utvalgte enkeltkommuner, samt relevante fagmiljø internt på Folkehelseinstituttet og eksternt (bl.a. ved SSB).

Basert på erfaringer fra spørreskjemaet som ble brukt i Møre og Romsdal i februar 2021, ble det gjort noen få, mindre justeringer. Livskvalitetsmodulen er revidert av rådgivende gruppe for livskvalitetsmåling, nedsatt av Helsedirektoratet. Den reviderte versjonen er basert på, og fortsatt i hovedsak lik, en tidligere revidert kjernemodul, utviklet av Folkehelseinstituttet i samarbeid med fylkeskommunene, og som forelå 1. mars 2019 (se vedlegg 2 for mer detaljer). En del av de endringene som ble gjort før undersøkelsene i Hordaland og i Sogn og Fjordane er også beholdt. Til sist er de fleste av spørsmålene som ble brukt i undersøkelsene i 2019 og 2020 (Agder, Troms og Finnmark, Nordland og Rogaland) fortsatt med. For enkelte av disse spørsmålene er det vel og merke gjort mindre justeringer i spørsmålsformulering og/eller svaralternativer. I Vedlegg 1 til denne rapporten blir det gitt en lenke til det postale spørreskjemaet som ble brukt i Agder. En detaljert spørsmålsoversikt og redegjørelse for skåringsprosedyrer og operasjonalisering av ulike variablene presenteres i Vedlegg 2.

2.4 Statistiske analyser

En oversikt over den fullstendige fordelingen på de fleste utfallsvariablene som presenteres i rapporten er gitt i Vedlegg 4 i denne rapporten. I diagrammene, som utgjør hoveddelen av resultatpresentasjonen i denne rapporten, er de kategorielle utfallsvariablene kodet om til dikotomier. De er med andre ord delt inn i to grupper, for eksempel høy grad versus ikke høy grad av sosial støtte. Sammenhengene med prediktorer (geografi, kjønn, alder, utdanning, vurdering av husholdningens økonomi) beskrives ved bruk av prosenter og 95-prosents konfidensintervall. Konfidensintervallene (KI) er et uttrykk for presisjon og usikkerhet når vi skal bruke tallene som er regnet ut på grunnlag av utvalgsdata for å si noe om populasjonen. Konfidensintervallene fanger bare opp den usikkerheten som skyldes størrelsen på utvalget. De fanger ikke opp noen av de systematiske feilene som gjerne oppstår på grunn av frafall.

Noen variabler er metriske eller kan betraktes som metriske. Eksempler er alder og sumskår for psykiske plager (gjennomsnittet av skårer på enkeltledd). Også de variablene

som besvares på en skala fra 0-10 betraktes her som metriske. For alle disse regner vi ut gjennomsnitt og 95-prosent konfidensintervall.

Det aller første diagrammet som presenteres viser gjennomsnittsalder for alle regionene i fylket. Deretter vises andel kvinner etter region og utdanningsnivå etter region. For hver utfallsvariabel kjører vi deretter et bestemt sett av analyser. Først oppgis tallet (prosenten eller gjennomsnittet samt konfidensintervall) for hele materialet. Deretter oppgis tallene separat for menn og kvinner (igjen med konfidensintervall).

Så vises utfallsvariabelen brutt ned på regioner innen fylket både uten justering og med justering for kjønn, alder og utdanning. Utdanningsvariabelen er her utstyrt med en ekstra kategori som består av de som er skoleelever eller studenter eller er under 26 år gamle. Variabelen «høyeste fullførte utdanning» gir bare mening dersom man er ferdig med utdanningen eller har nådd en alder der man normalt skal ha fullført utdanningen man tar. Ved å benytte en ekstrakategori, beholder vi et størst mulig antall observasjoner i analysene der utdanning inngår som kontrollvariabel.

Siden den demografiske sammensetningen (etter kjønn, alder og utdanning) kan variere på tvers av regioner, har vi valgt å justere for demografi når vi sammenligner regioner. At vi justerer betyr i denne sammenhengen at vi beregner tall for hver enkelt region under den forutsetning at regionene har lik fordeling på kjønn, alder og utdanning. I denne rapporten legger vi mest vekt på å beskrive de ujusterte tallene og kommentere hver gang vi ser at de justerte verdiene avviker tydelig fra de ujusterte.

Hver utfallsvariabel presenteres så etter utdanningsnivå og kjønn. Her er det justert for alder, og analysene blir bare gjort på de som er 26 år eller eldre og som ikke er under utdanning. Deretter presenteres utfallsvariabelen etter alder og kjønn uten justering for noen andre variabler. Og til slutt presenterer vi utfallsvariabelen etter rapportert husholdningsøkonomi (i hvilken grad pengene strekker til) med justering for alder og kjønn. Resultatene blir presentert ved bruk av stolpediagrammer som også viser prosenter eller gjennomsnitt for hele fylket og 95 prosents konfidensintervall.

Det at andelen som er trukket ut til å delta i undersøkelsen varierer fra kommune til kommune, har gjort det nødvendig å benytte vekting i de fleste statistiske analysene. Vektingen er gjort slik at det totale antallet observasjoner etter vekting er likt antall observasjoner før vekting.

De fleste stolpediagrammene har y-akser (vertikale akser) som starter på den laveste verdien på skalaen, oftest tallet 0 (null). Dette blir vanligvis anbefalt. Hvis en starter y-aksen på verdier som er høyere enn den laveste verdien, for eksempel på 50 % i stedet for på null prosent, kan forskjellene mellom gruppene virke større enn de faktisk er. Vi har likevel noen ganger valgt å la y-aksen starte på tall større enn skalaens laveste verdi. Dette fordi det da blir lettere å se variasjonen på tvers av enheter, og det blir lettere å lese av størrelsen på konfidensintervallene.

I denne rapporten presenteres, som nevnt ovenfor, tall for regioner innen fylket. I et sett av tilleggs-tabeller, kommunetabellene, blir det gitt tall for den enkelte kommune på alle de utfallsvariablene som er med i denne rapporten. Tallene presenteres også separat for menn og kvinner. For hvert gjennomsnitt eller hver prosent som presenteres i kommunetabellene oppgis også 95 prosents konfidensintervall.

Når utfallsvariablene er dikotome, benytter vi logistisk regresjon med postestimering for å få ut justerte prosenter. Postestimeringene tar hensyn til at det er ulike antall

respondenter på tvers av grupper, og aggregerer den gjennomsnittlige statistiske påvirkningen av justeringsvariablene for hver deltaker[7]. Når utfallsvariablene er metriske (for eksempel 0-10-skalaene), benytter vi GLM (General Linear Modelling).

De fleste statistiske analysene er gjort ved bruk av survey-modulen (SVY) i STATA, versjon 17. Noen supplerende analyser og kontroll av analysene er gjort ved bruk av Complex-modulen i SPSS.

Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på utfallsmål der det er benyttet skalaer med tall fra 0-10, er det vanskelig ut fra tallene å si noe meningsfylt om størrelsen på disse forskjellene. For noen av utfallene bruker vi derfor i tillegg inndeling i lav/middels/høy skår etter standarder fra SSBs livskvalitetsmålinger [22]. Der vi presenterer gjennomsnitt på skalaene (0-10), har vi i tillegg valgt å beskrive forskjeller mellom grupper ved hjelp av effektstørrelser (tilsvarende Cohens *d*) [23]. Når en regner ut Cohens *d*, benyttes vanligvis et standardavvik som beregnes med utgangspunkt i standardavvikene innen hver av gruppene som inngår (eng. *pooled standard deviation*). Vi har forenklet litt ved å dele forskjellen mellom gruppene på variabelens standardavvik uavhengig av gruppene. Når vi beskriver forskjeller mellom grupper på kategorielle (dikotome) utfallsmål, beregner vi i noen tilfeller Cohens *h*.

Cohen har gitt retningslinjer for hvordan en skal karakterisere effektstørrelser. En effektstørrelse på 0,20 betyr at effekten er liten. Når den er på 0,50 er effekten middels og når den er 0,80, er effekten stor. Når en for eksempel benytter effektstørrelser til å beskrive effektene av psykoterapi i forbindelse med randomiserte, kontrollerte forsøk, er dette sannsynligvis en grei begrepsbruk. I vår sammenheng er det annerledes. Vi benytter effektstørrelser blant annet til å beskrive forskjeller mellom store grupper i samfunnet, for eksempel mellom regioner innen fylker. I denne sammenhengen virker Cohens begrepsbruk litt for konservativ. Vi har derfor valgt å si at effektstørrelser som er minst 0,10, men mindre enn 0,25 er små, at effektstørrelser fra og med 0,25 og til med 0,49 er middels, og at effektstørrelser på 0,50 eller mer, er store. Cohen har selv anbefalt at man ikke følger hans vurdering av effektstørrelser slavisk, men vurderer bruken i hver enkelt kontekst [23].

Vi har blant annet benyttet effektstørrelser når vi har sammenlignet geografiske områder innen fylket og deres avvik fra gjennomsnittstall for hele fylket. Dette fordi disse forskjellene ofte er små, og fordi det da er viktig å skille mellom de uvesentlige forskjellene og de som betyr litt mer. Når vi ser på sammenhenger mellom utfallsvariabler og demografiske variabler som kjønn, alder og utdanning, er sammenhengene oftest sterkere og lettere å tolke uten å benytte effektstørrelser. Likevel har vi i noen tilfeller også benyttet effektstørrelser i slike sammenhenger.

Vi har også benyttet effektstørrelser for å vurdere endringer over tid, fra FHUS Agder 2019 til den foreliggende undersøkelsen.

Figurene eller diagrammene som er presentert i denne rapporten følger et stykke på vei, men langt fra helt, samme rekkefølge som spørsmålene i spørreskjemaet.

[7] https://www.stata.com/manuals/u.pdf

Om trekking av utvalg, vekting og justeringer

Utvalgene i Folkehelseundersøkelsene i fylkene er trukket på en slik måte at de er representative. Dette er ikke det samme som rent tilfeldige utvalg. For å få et større antall observasjoner i de minste geografiske enhetene (kommuner, bydeler), trekker vi her prosentvis ekstra store utvalg. Men innen hvert geografisk område trekker vi i de fleste datainnsamlingene rent tilfeldig. Men i noen datainnsamlinger har vi trukket ekstra mange fra bestemte subgrupper, for eksempel yngre personer. At vi trekker ulike prosenter i ulike geografiske områder og subgrupper, må vi kompensere for når vi analyserer data. Dette gjøres ved å vekte data. Det betyr at svar fra de personene som kommer fra områder eller grupper der vi har trukket en høy andel må telle mindre. Tilsvarende må vi vekte opp (la hvert svar telle mer) i områder og grupper der vi prosentvis har trukket ut en lav andel. Dette kalles designvekting.

Dette må ikke forveksles med det å justere en forskjell mellom grupper for andre variabler. Dersom vi for eksempel vil sammenligne regioner innen fylket, kan vi regne ut tallene ut fra den forutsetning at alle regionene har samme kjønnsfordeling, samme aldersfordeling og samme fordeling på utdanningsgrupper. Dette får vi til ved å bruke ulike varianter av multippel regresjonsanalyse.

2.5 Endringer over tid i helse, fornøydhet med livet og sosiale forhold

Nokså mange av spørsmålene og skalaene fra skjemaet som ble brukt nå i 2023 ble også benyttet i FHUS-undersøkelsen i Agder i 2019. Dette gjør det mulig å se på endringer fra 2019 til 2023. Dette har vi gjort ved å gi vektede totaltall for begge tidspunkt for alle utfallsvariablene som var med på begge undersøkelsene.

Vi har dessuten gjort grundigere analyser der vi har justert totaltallene for alder og kjønn. Utfallsvariablene er dessuten brutt ned på kjønn, utdanning (Kort: videregående med eller uten fagskole i tillegg eller kortere, Lang: universitets- eller høyskoleutdanning) og aldersgrupper (18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79 og 80 år eller eldre). Hver utfallsvariabel vises i et såkalt *Forest plot*. Her vises prediktorvariablene på y-aksen (kjønn, utdanning og aldersgruppe), mens x-aksen viser skalaen på utfallsmålet. Sammenhengen mellom todelte utfall og prediktorer (kjønn, utdanning og alder) presenteres ved bruk av prosenter og 95-prosents konfidensintervaller. Metriske variabler presenteres ved bruk av gjennomsnitt og 95-prosents konfidensintervaller.

2.6 Viktige forbehold

Når vi i oppsummeringen og i teksten ellers har karakterisert tallene for undergrupper som «høye» eller «lave» eller som «positive» eller «mindre positive», er det viktig å merke seg at disse vurderingene er relative. Det dreier seg hele tiden om sammenligninger med gjennomsnittene på tvers av grupper. Tallene for andel som spiser frukt eller bær daglig i en bestemt region kan for eksempel karakteriseres som høye. Men så lenge tallet ligger langt under nasjonale anbefalinger, er det lavt ut fra et folkehelseperspektiv.

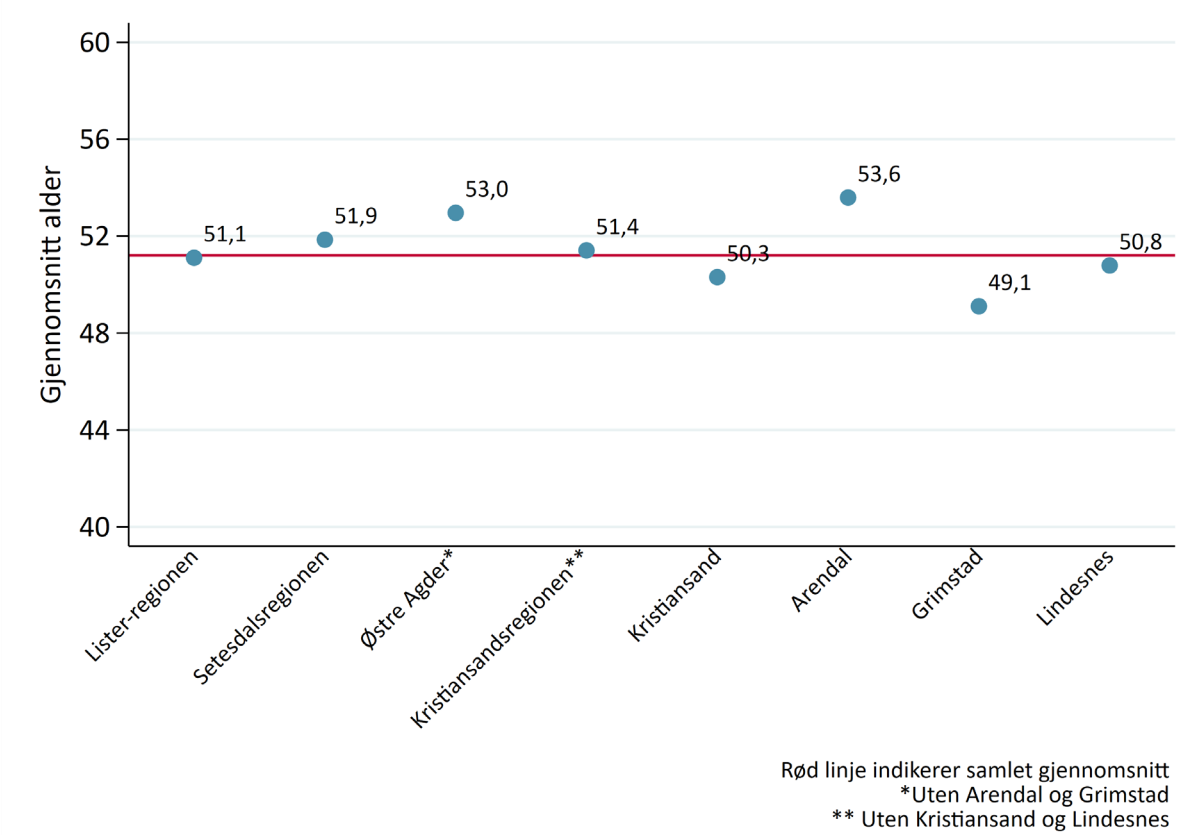
Deltakelsen i undersøkelsen i Agder var, som allerede nevnt, på 32,0 %. Det er som regel usikkerhet med hensyn til om slike undersøkelser er helt representative for befolkningen.

Derfor er det tryggest å legge vekt på resultater som er nokså klare, eller som inngår i konsistente mønstre av resultater.

3 Resultater: Agder 2023

3.1 Alder: Regioner i Agder

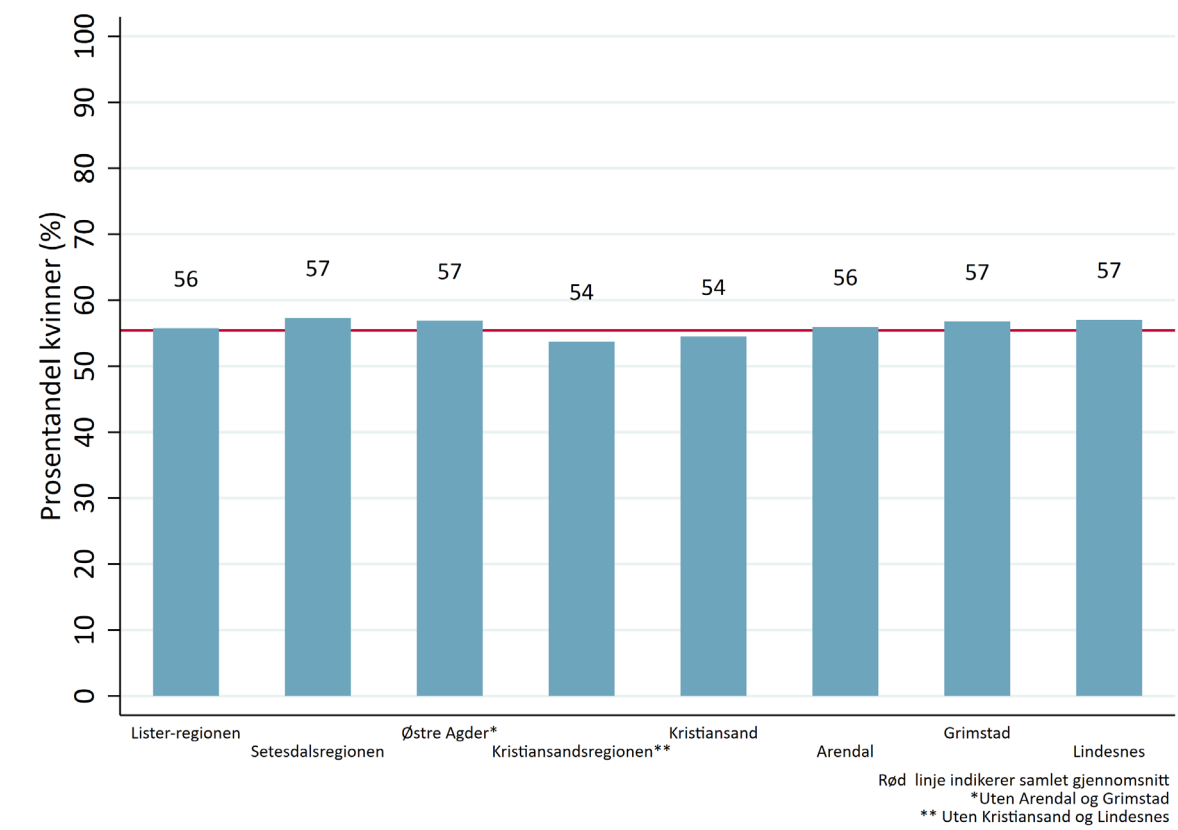
Figur 1: Alder etter regioner i Agder



Figur 1 viser gjennomsnittlig alder på respondentene for hver region i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for hele fylket. Gjennomsnittsalderen for alle i utvalget er 51,2 år (kvinner: 49,4 år; menn: 53,5 år) (designvektede tall). Respondentene fra Østre Agder og Arendal var noe eldre enn fylkessnittet, mens Grimstad har noe yngre respondenter enn de andre regionene.

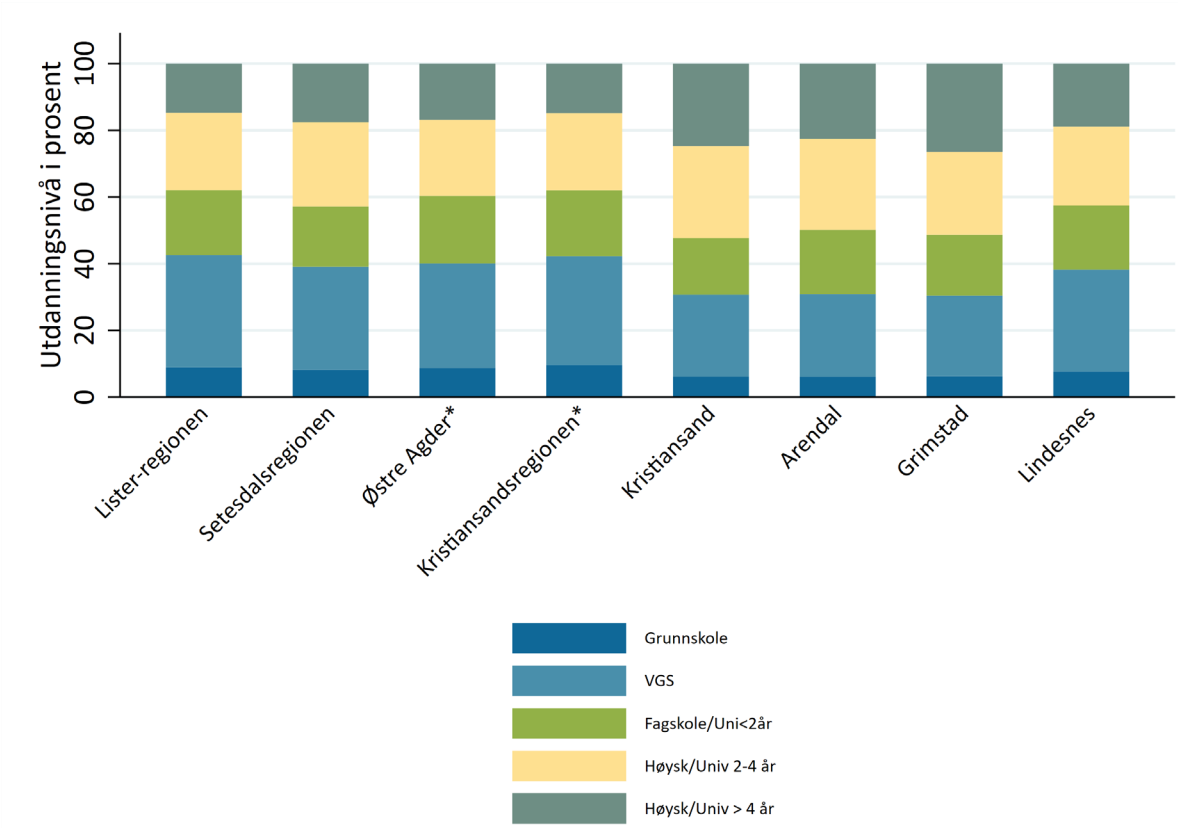
3.2 Kjønn: Regioner i Agder

Figur 2: Kjønn etter regioner i Agder



Figur 2 viser kjønnsfordelingen for respondenter fra de ulike regionene i Agder. Den røde linjen representerer fylket som helhet. Søylene med tall viser hvor stor prosentandel av respondentene som var kvinner. Kvinner utgjør 55,4 % av utvalget (designvektet). Alle regionene har et flertall av kvinnelige respondenter. Kristiansandsregionen og Kristiansand har litt jevnere kjønnsfordeling enn de øvrige regionene.

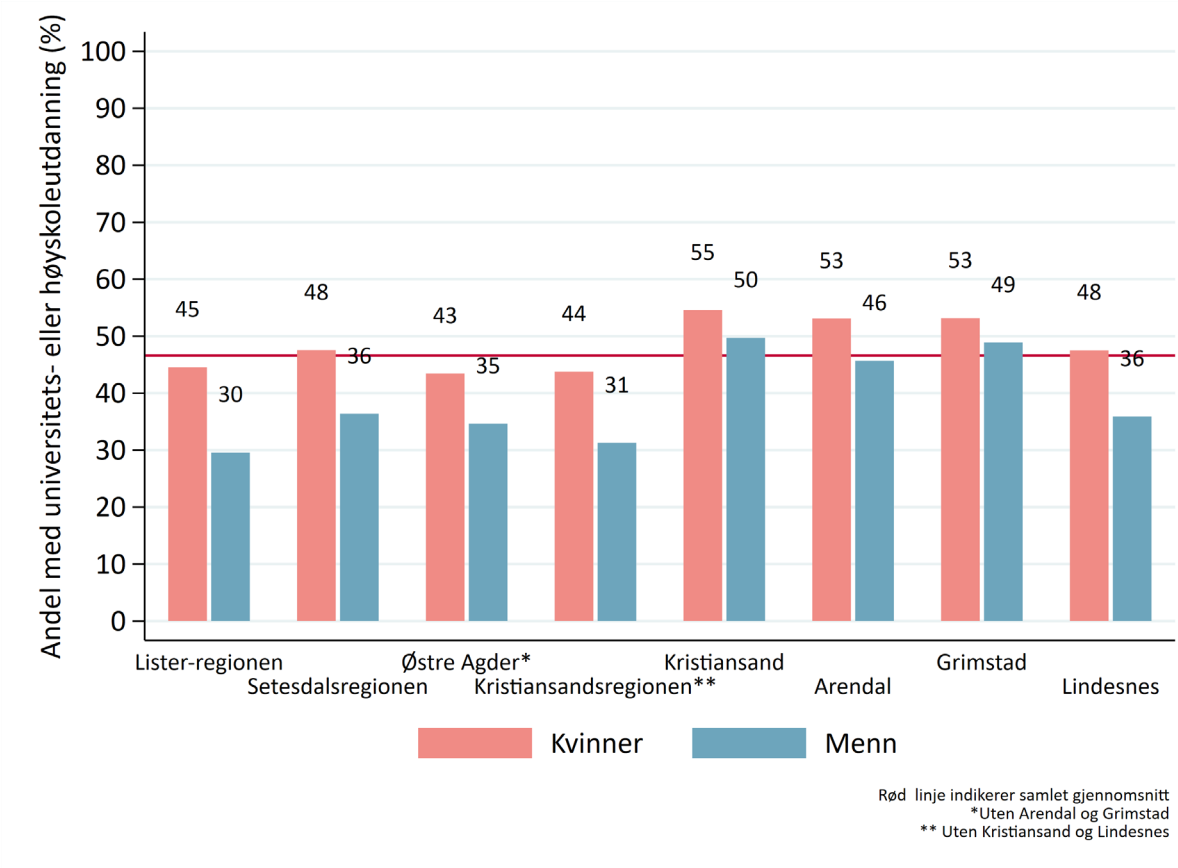
3.3 Utdanningsnivå – femdelt: Regioner i Agder



Figur 3 viser fordelingen av utdanningsnivå blant respondentene fra de ulike regionene i Agder. Grunnskolenivå (mørkeblå) var den kategorien med færrest respondenter på tvers av regionene (7,2 %). Videregående skole (lyseblå) var den kategorien med flest respondenter i de fleste av regionene (27,7 %). De med fagskole eller universitet/høyskole under to år utgjør 18,5 %, de med høyskole eller universitetsutdanning med varighet på to til fire år 25,6 %, og de med høyskole eller universitetsutdanning på over fire år 21,0 % (vektede tall). Kristiansand, Arendal og Grimstad har en høyere andel respondenter med høyskole-/universitetsutdanning på mer enn 4 år (mørkegrønn), enn de andre regionene.

3.4 Todelt utdanningsnivå: Regioner i Agder

Figur 4: Todelt utdanningsnivå etter regioner i Agder

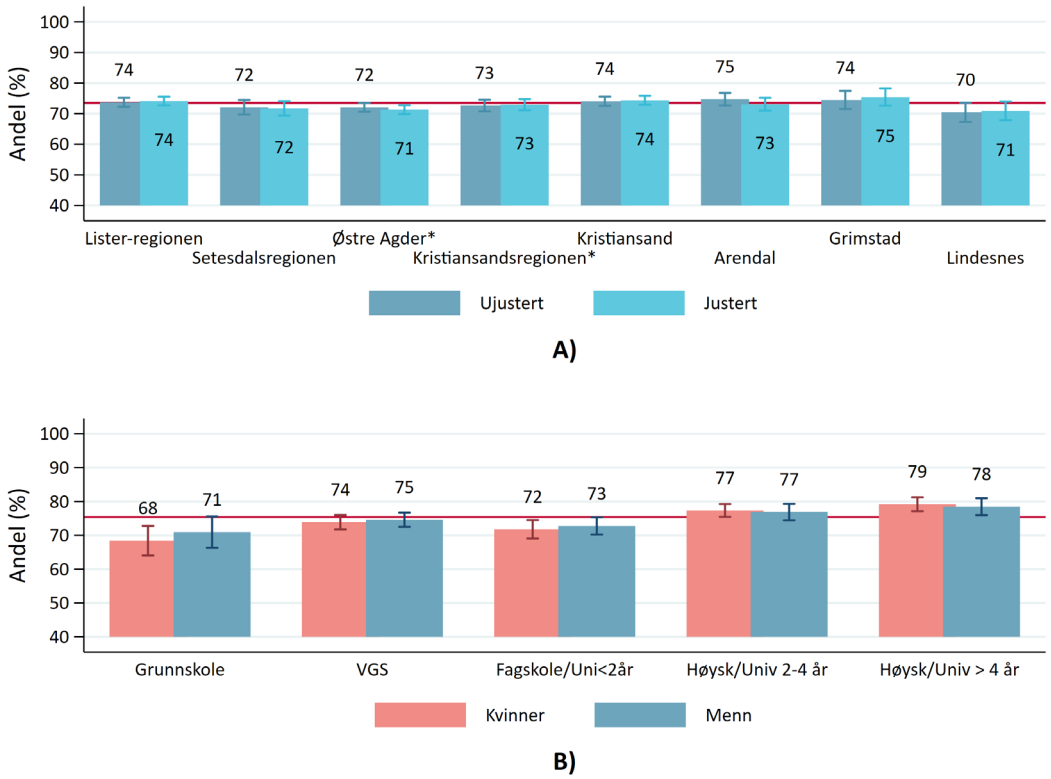


Figur 4 viser andel som har oppgitt å ha universitets- eller høyskoleutdanning på 2 år eller mer i de ulike regionene (heretter kalt høyere utdanning). Den røde linjen viser andel med høyere utdanning for hele Agder (46,6 %). Figuren viser at det var høyere andeler kvinner enn menn som har høyere utdanning i alle regionene. Forskjellen var størst i Listerregionen, hvor andelen kvinner med høyere utdanning var 15 prosentpoeng høyere enn andelen menn. Forskjellen var minst i Grimstad, hvor andel med høyere utdanning på var 4 prosentpoeng høyere blant kvinner enn blant menn.

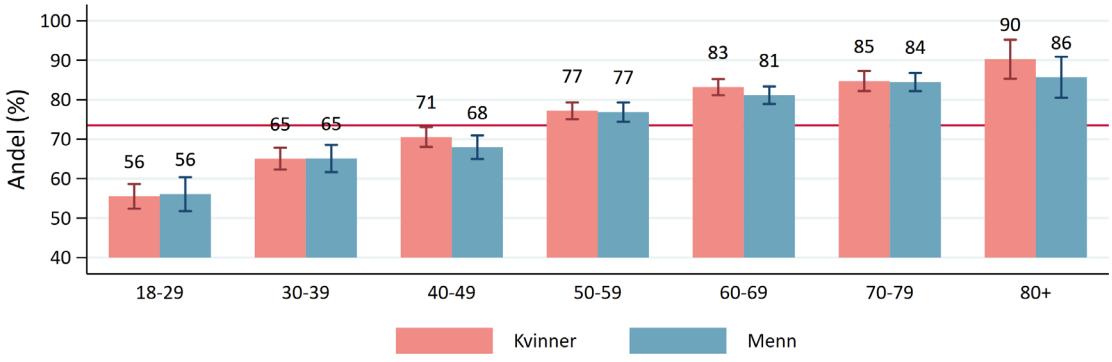
3.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 18431 deltakere av 18517 (99,5 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen for hele utvalget var **73,5 %** (KI95%: 72,7-74,3). Andelen for kvinner var 73,0 % (n=10274; KI95%: 71,9-74,0) og andelen for menn var 74,2 % (n=8157; KI95%: 73,0-75,3).

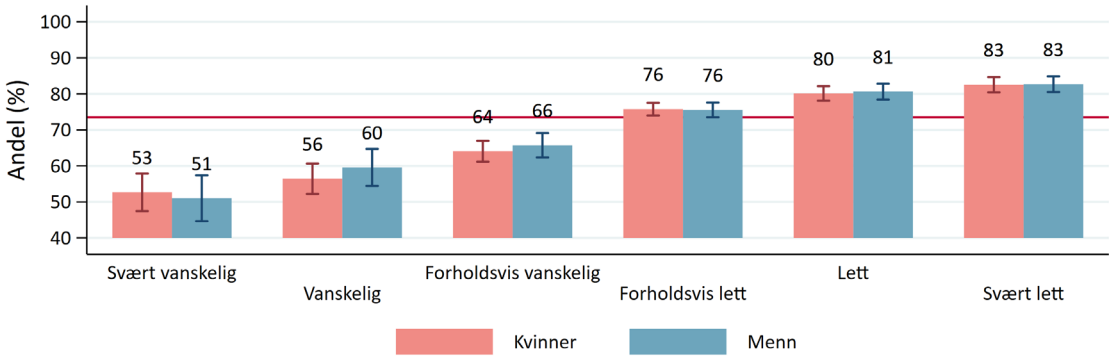
Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 5A viser andelen deltakere som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 5 prosentpoeng mellom regionene. Høyest andel som rapporterte stor grad av trivsel var i Arendal (75 %, ujustert) og lavest i Lindesnes (70 %, ujustert).

Figur 5B viser andelen deltakere som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen var lavest blant dem med grunnskoleutdanning og høyest blant dem med høyere utdanning. Figuren viser en tendens til at andel som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet stiger med utdanningsnivå for begge kjønn.

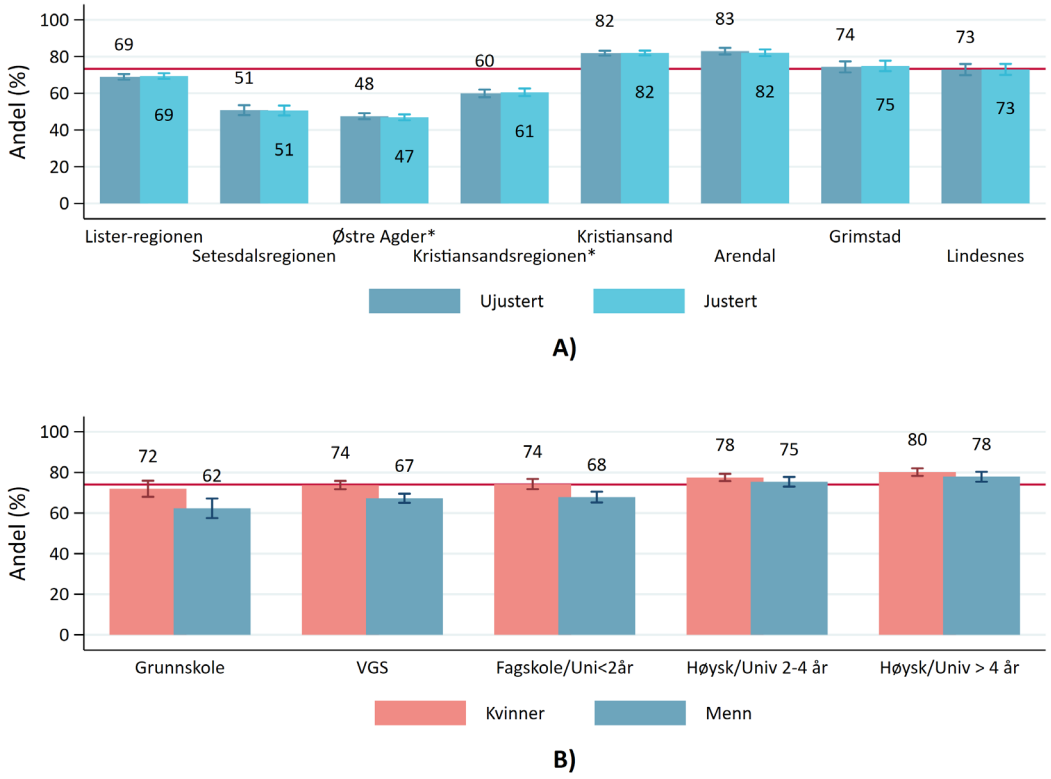
Figur 5C viser andelen deltakere som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og alder. Figuren viser en sterk sammenheng hvor trivsel i nærmiljøet øker med alderen.

Figur 5D viser andelen deltakere som rapporterte stor grad av trivsel i nærmiljøet etter kjønn og subjektiv vurdering av husholdningsøkonomien. Figuren viser at jo lettere det er å få pengene i husholdningen til å strekke til, desto større er andelen som oppgir høy grad av trivsel i nærmiljøet. Også denne sammenhengen må sies å være sterk.

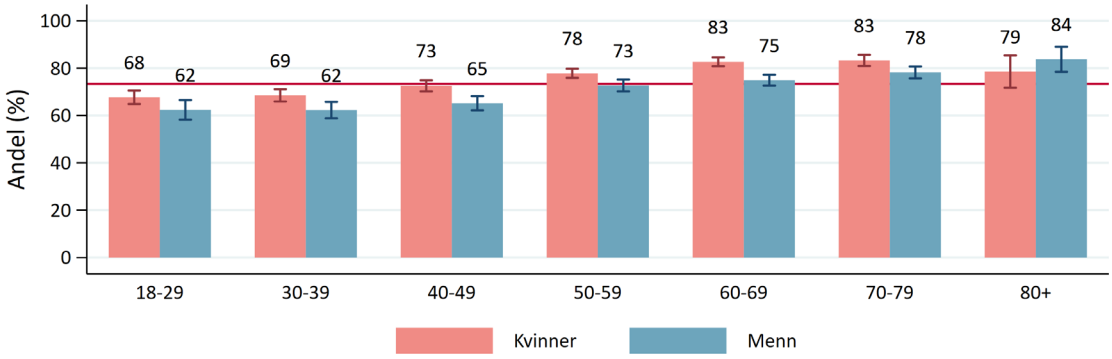
3.6 Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 18170 deltakere av 18517 (98,1 %) hadde gyldig svar på Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **73,3 %** (KI95%: 72,6-74,0). Andelen for kvinner var 75,3 % (n=10169; KI95%: 74,4-76,3) og andelen for menn var 70,7 % (n=8001; KI95%: 69,6-71,9).

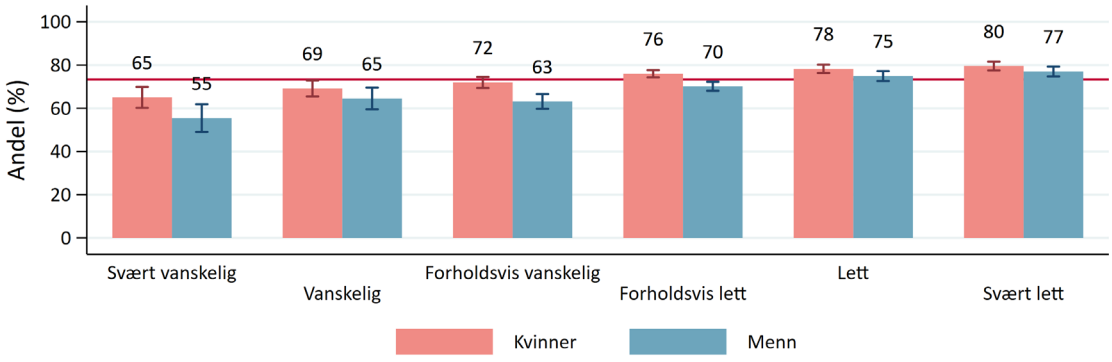
Figur 6: Kulturtilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 6A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 35 prosentpoeng mellom regionene. I Kristiansand og Arendal var det en høyere andel enn fylkessnittet som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud (82% og 83%, ujustert). I Setesdalsregionen, Østre Agder og Kristiansandsregionen rapporterte en lavere andel god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, sammenlignet med fylkessnittet (51%, 48% og 60%, ujustert).

Figur 6B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen stiger med utdanningsnivå for begge kjønn. Andelen blant kvinner er høyere enn andelen blant menn innenfor hvert utdanningsnivå. Kjønnsforskjellene er små blant de med høyere utdanning.

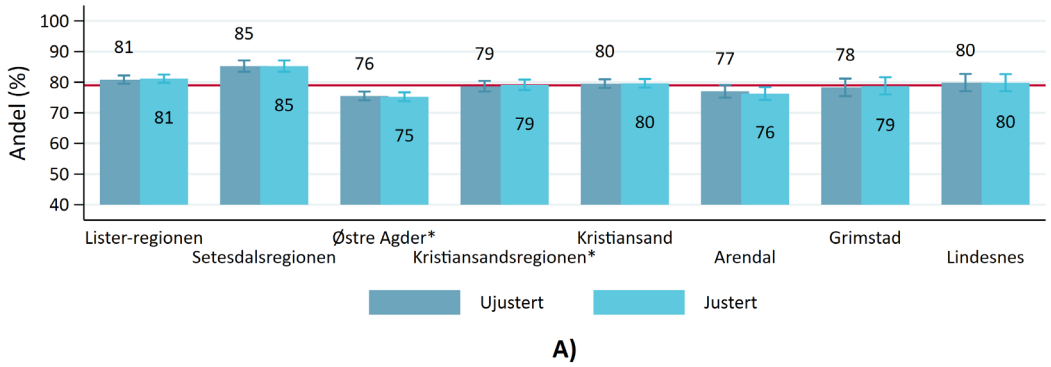
Figur 6C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud etter kjønn og alder. Figuren viser en viss grad av sammenheng. Andelen stiger svakt med alder både blant kvinner (inntil 60 år eller eldre) og blant menn.

Figur 6D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser en tendens til at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto større andel rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud.

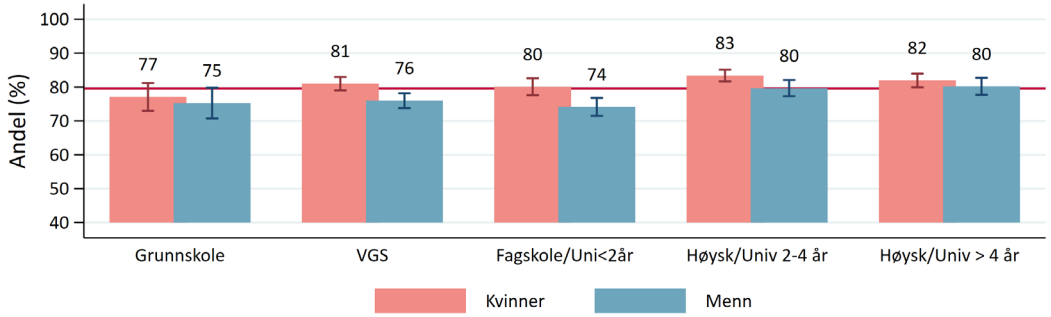
3.7 Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 17717 deltakere av 18517 (95,7 %) hadde gyldig svar på Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **79,0 %** (KI95%: 78,3-79,7). Andelen for kvinner var 80,5 % (n=9896; KI95%: 79,6-81,4) og andelen for menn var 77,1 % (n=7821; KI95%: 76,0-78,2).

Figur 7: Idrettstilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

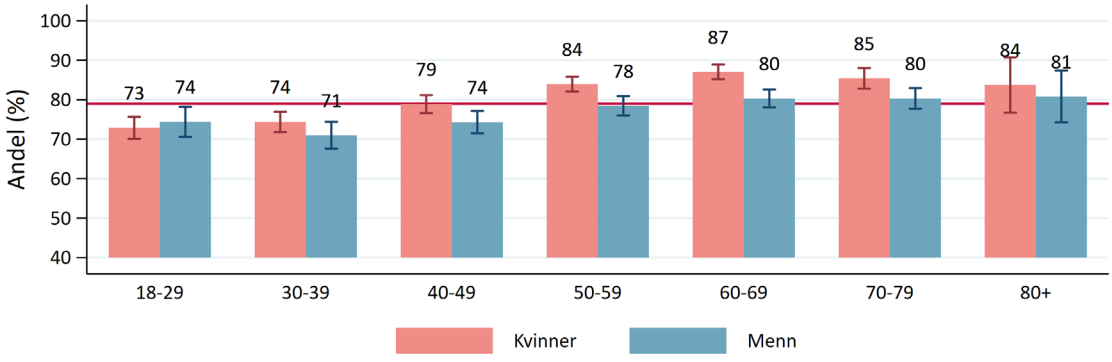


A)

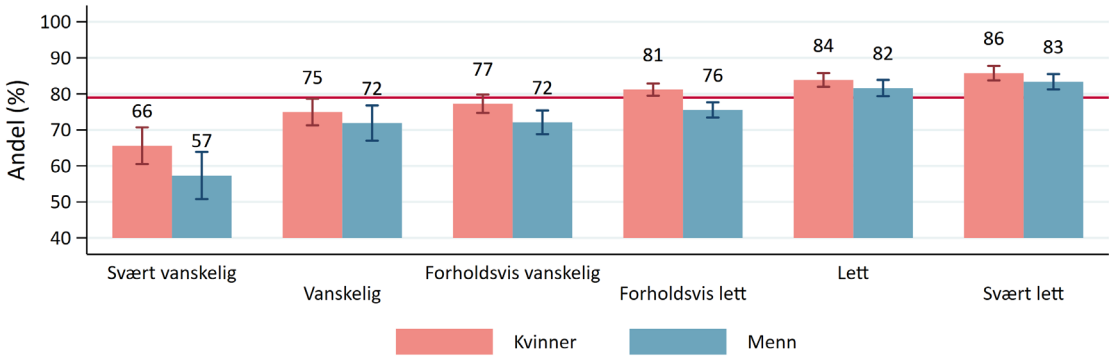


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 7A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 9 prosentpoeng mellom regionene med høyest andel (Setesdalsregionen) og regionen med lavest andel (Østre Agder).

Figur 7B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser uvesentlige forskjeller på tvers av utdanningsnivå for kvinner. Andelen blant menn var minst i de tre laveste utdanningskategoriene.

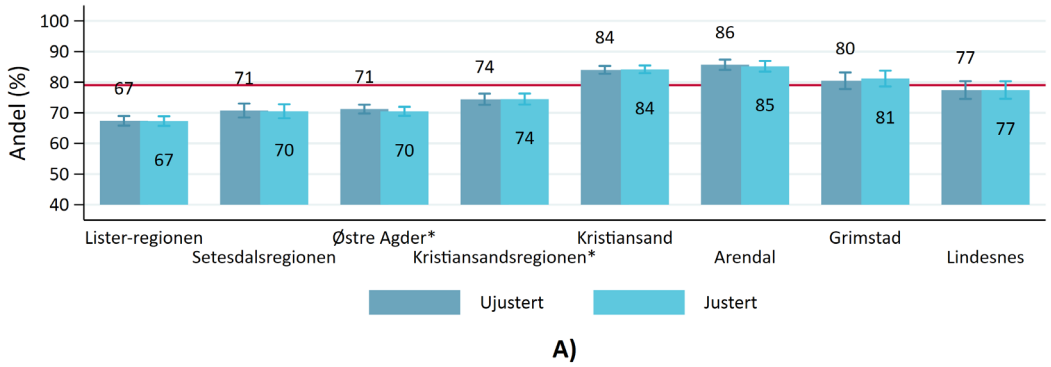
Figur 7C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud etter kjønn og alder. Andelen var høyere blant de som var 50 år og eldre. Andelen var lavere blant menn og kvinner henholdsvis i alderen 18-49 år og 18-39 år.

Figur 7D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til idrettstilbud etter i hvilken grad pengene i husholdningen strekker til, og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto større andel rapporterte god tilgjengelighet til idrettstilbud. Andelen var vesentlig lavere blant dem som oppgav at det var svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til, særlig blant menn.

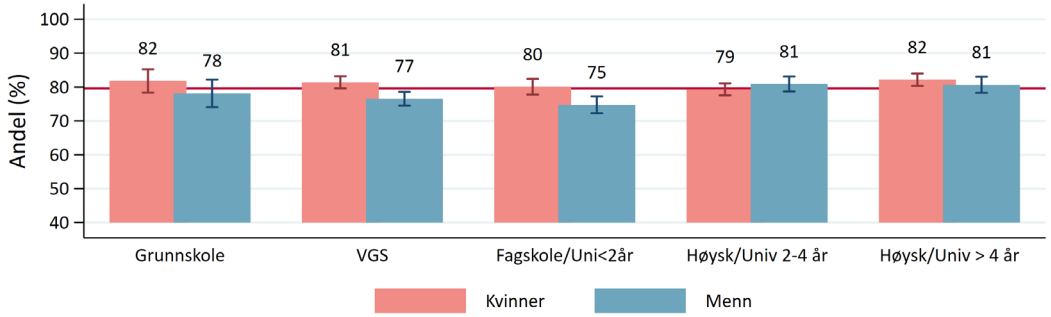
3.8 Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 18167 deltakere av 18517 (98,1 %) hadde gyldig svar på Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **79,1 %** (KI95%: 78,4-79,7). Andelen for kvinner var 79,9 % (n=10129; KI95%: 79,0-80,7) og andelen for menn var 78,1 % (n=8038; KI95%: 77,0-79,1).

Figur 8: Servicetilbud - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

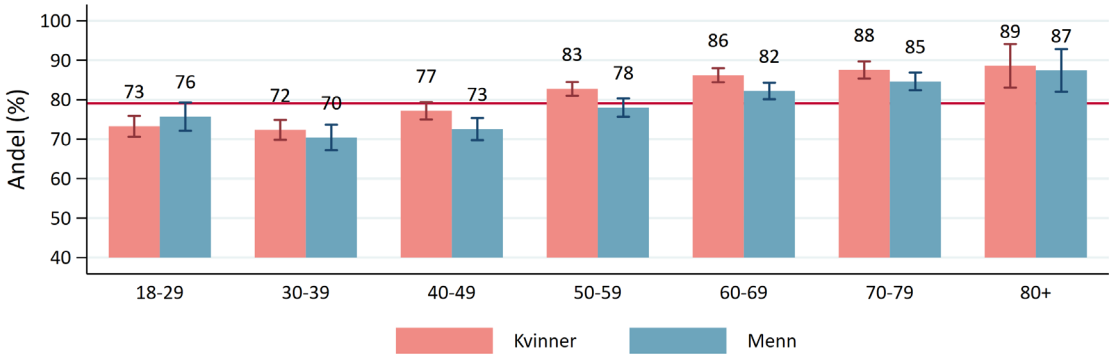


A)

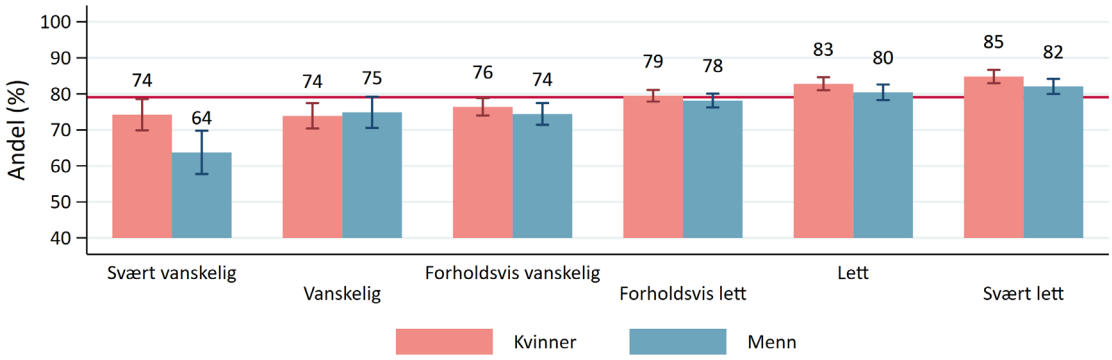


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 8A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 19 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Arendal) og regionen med lavest andel (Listerregionen).

Figur 8B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud etter kjønn og utdanningsnivå. Det var uvesentlige forskjeller mellom utdanningsnivå for kvinner. En lavere andel menn i de tre laveste utdanningskategoriene rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til servicetilbud.

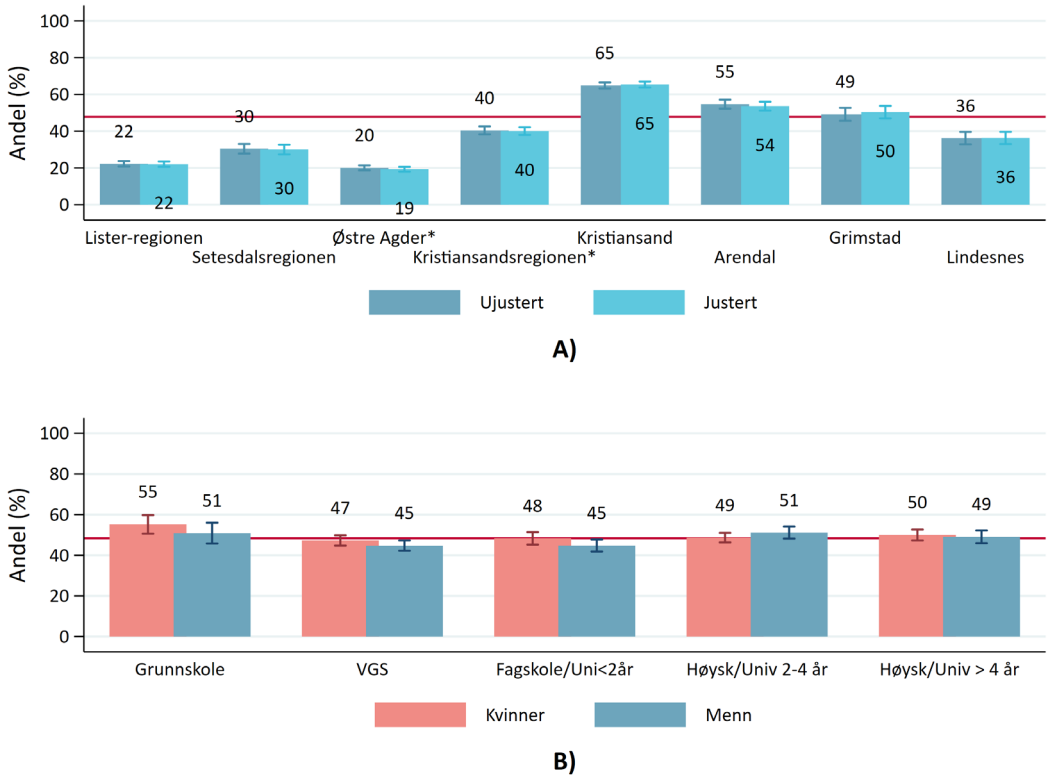
Figur 8C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud etter kjønn og alder. Figuren viser overordnet at jo eldre deltakerne er, jo høyere andel rapporterte god eller svært god tilgjengelighet.

Figur 8D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til butikker, spisesteder og andre servicetilbud etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto større andel rapporterte god tilgjengelighet. Andelen var lavest blant menn som oppgav at det var svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til.

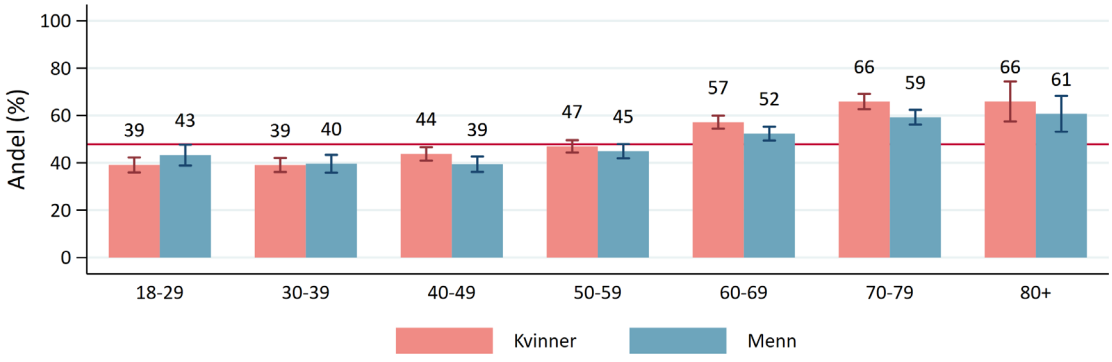
3.9 Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 17619 deltakere av 18517 (95,2 %) hadde gyldig svar på Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **47,8 %** (KI95%: 46,9-48,7). Andelen for kvinner var 48,1 % (n=9803; KI95%: 46,9-49,3) og andelen for menn var 47,5 % (n=7816; KI95%: 46,1-48,8).

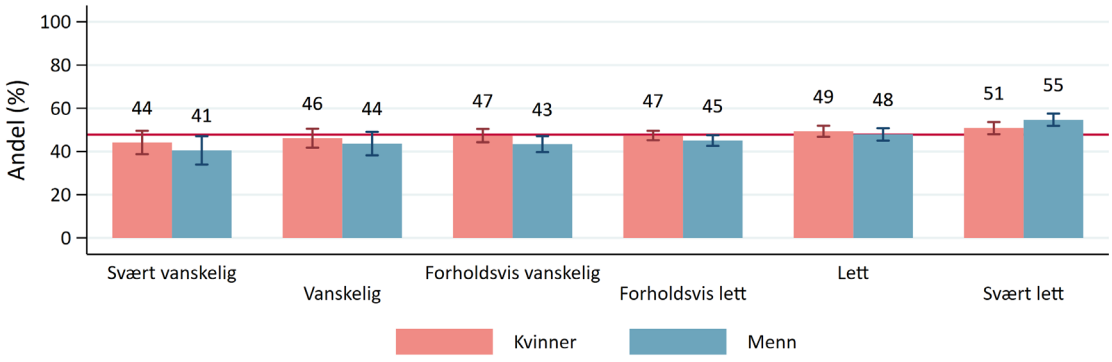
Figur 9: Offentlig transport - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 9A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viseren andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 45 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Kristiansand) og regionen med lavest andel (Østre Agder).

Figur 9B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen var høyest blant kvinner med grunnskoleutdanning, og lavest blant menn med VGS, fagskole- og ett års universitetsutdanning.

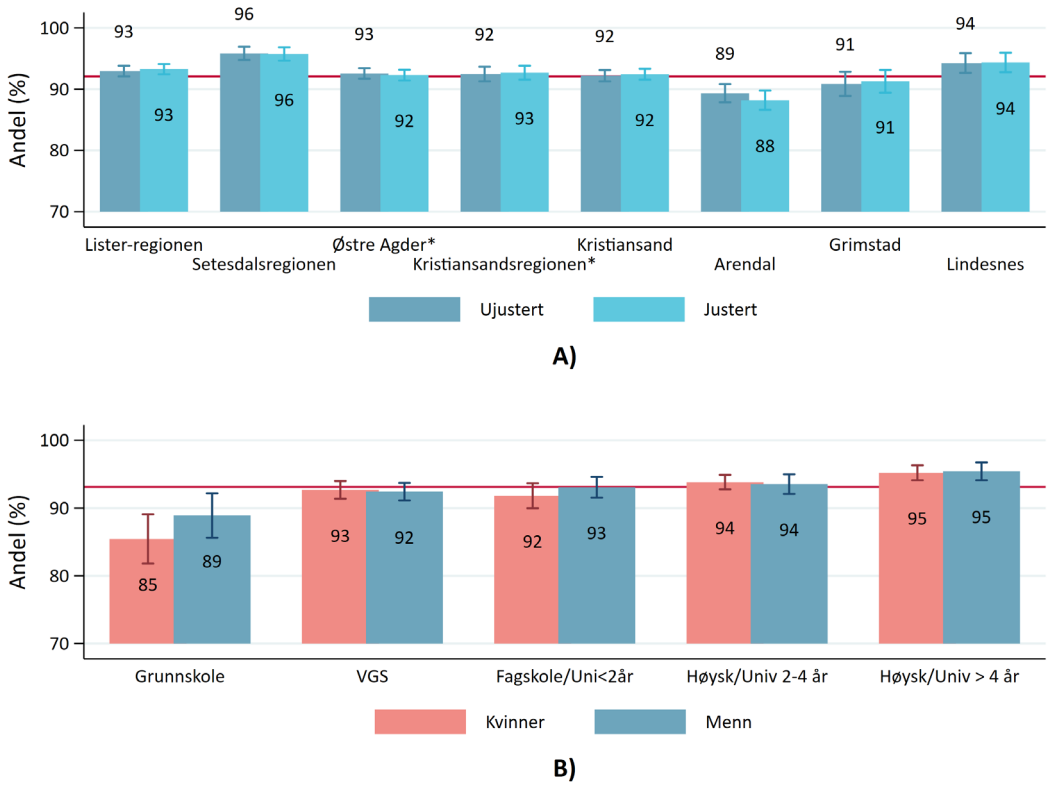
Figur 9C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport etter kjønn og alder. Andelen var høyest for begge kjønn blant de som var 60 år og eldre.

Figur 9D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tilgjengelighet til offentlig transport etter i hvilken grad pengene i husholdningen strekker til, og kjønn. Figuren viser at andelen var litt høyere blant menn som oppgav at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen kvinner var forholdsvis jevn på tvers av kategoriene.

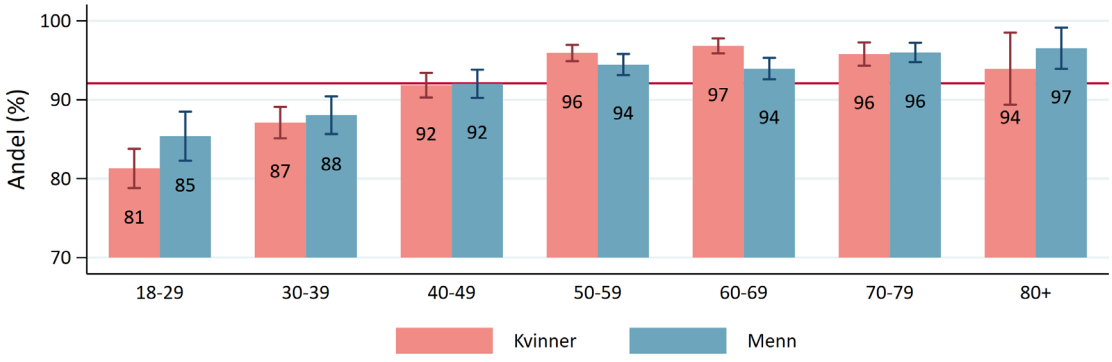
3.10 Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet

Totalt 18263 deltakere av 18517 (98,6 %) hadde gyldig svar på Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet. Andelen for hele utvalget var **92,1 %** (KI95%: 91,6-92,6). Andelen for kvinner var 91,7 % (n=10164; KI95%: 91,1-92,4) og andelen for menn var 92,5 % (n=8099; KI95%: 91,8-93,2).

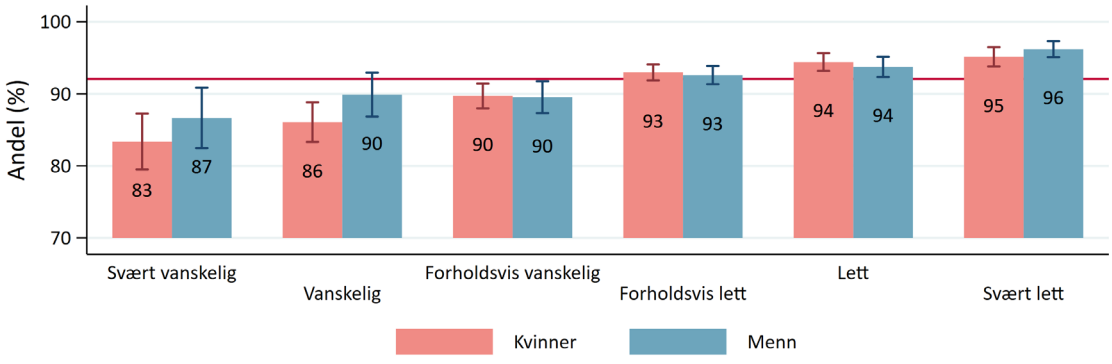
Figur 10: Natur- og friluftsområder - god eller svært god tilgjengelighet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 10A viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 7 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Setesdalsregionen) og regionen med lavest andel (Arendal).

Figur 10B viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen var lavest blant dem med grunnskoleutdanning. Andelen var høyere blant deltakerne med VGS-utdanning eller mer.

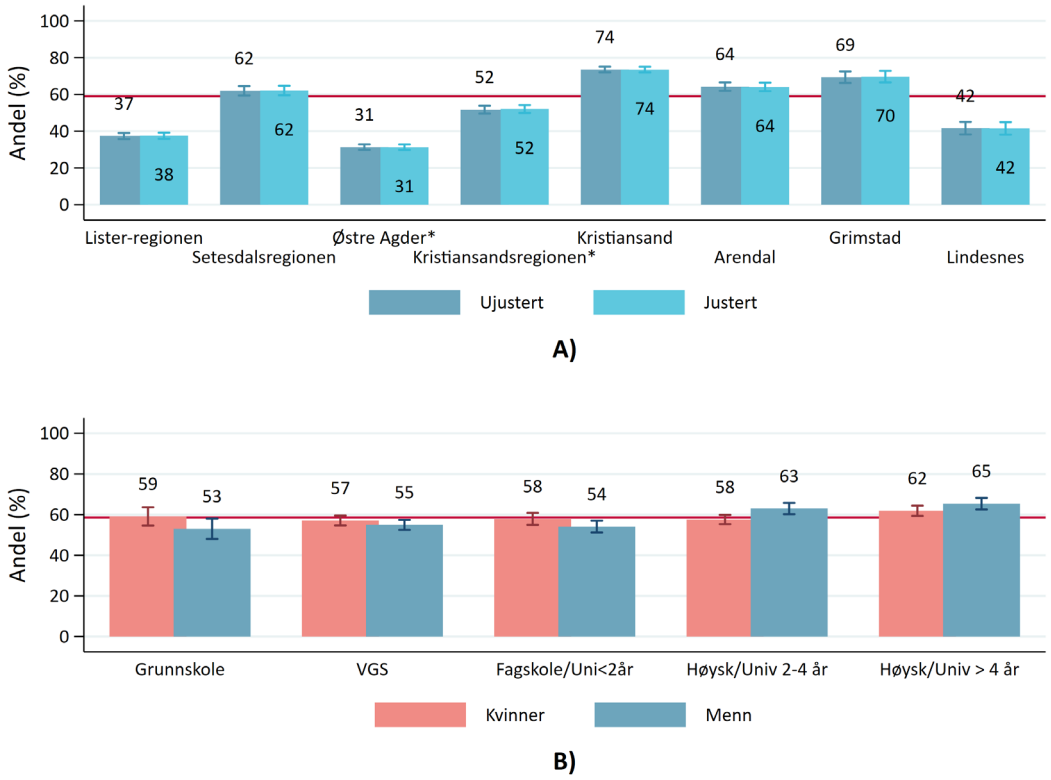
Figur 10C viser andelen deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen stiger med økende alder frem til 50-59 år.

Figur 10D viser andel deltakere som rapporterte svært god eller god tilgjengelighet til natur- og friluftsområder etter i hvilken grad pengene i husholdningen strekker til, og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto større andel rapporterte svært god eller god tilgjengelighet.

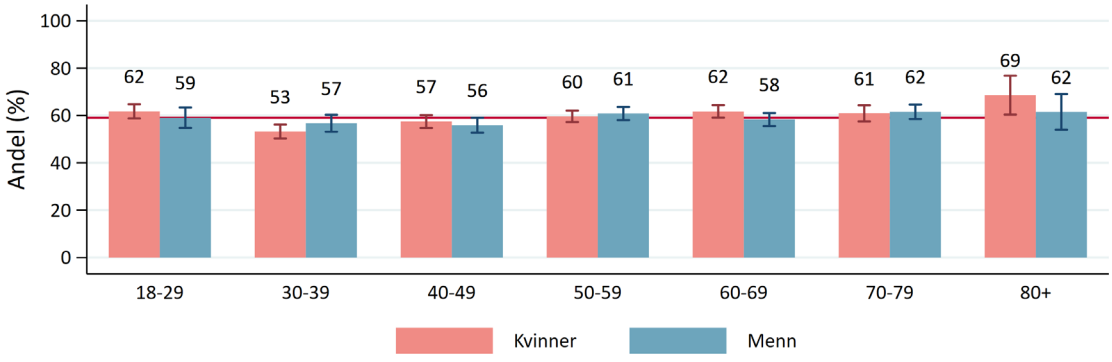
3.11 Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde

Totalt 18106 deltakere av 18517 (97,8 %) hadde gyldig svar på Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde. Andelen for hele utvalget var **59,0 %** (KI95%: 58,2-59,9). Andelen for kvinner var 59,1 % (n=10088; KI95%: 58,0-60,3) og andelen for menn var 58,9 % (n=8018; KI95%: 57,6-60,1).

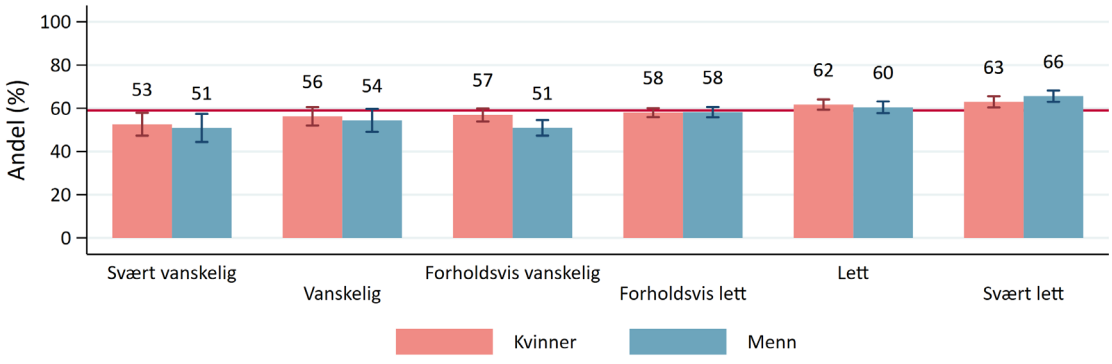
Figur 11: Gang- og sykkelveier - godt eller svært godt utbygde etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 11A viser andelen deltakere som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 43 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Kristiansand) og regionen med lavest andel (Østre Agder).

Figur 11B viser andelen deltakere som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen var høyere blant menn med høyskole- og universitetsutdanning på mer enn to år, og lavere for menn med lavere utdanningsnivå. Forskjellene var uvesentlige blant kvinner.

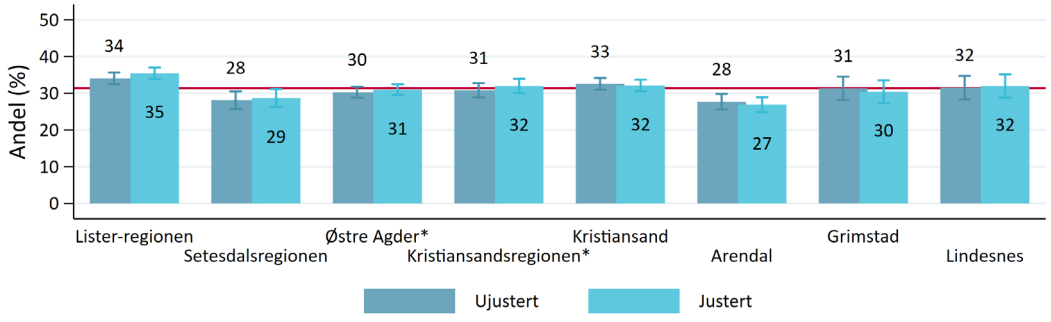
Figur 11C viser andelen deltakere som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier etter kjønn og alder. Figuren viser uvesentlige forskjeller mellom aldersgrupper.

Figur 11D viser andelen deltakere som rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto større andel rapporterte svært godt eller godt utbygde gang- og sykkelveier.

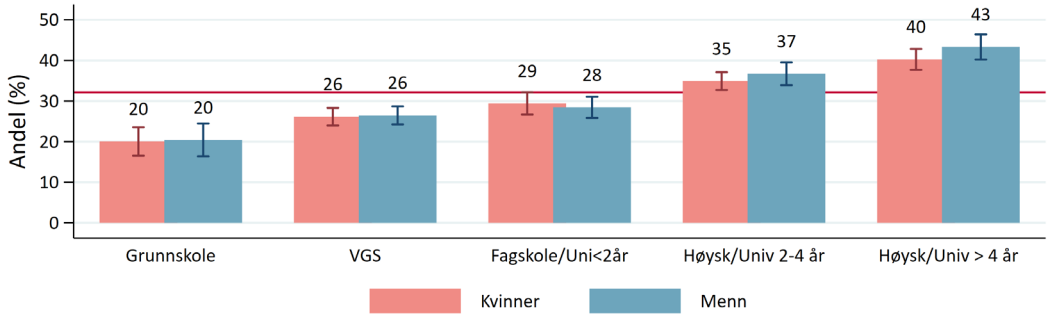
3.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

Totalt 18435 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen for hele utvalget var **31,4 %** (KI95%: 30,6-32,2). Andelen for kvinner var 30,9 % (n=10276; KI95%: 29,8-32,0) og andelen for menn var 32,0 % (n=8159; KI95%: 30,7-33,2).

Figur 12: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

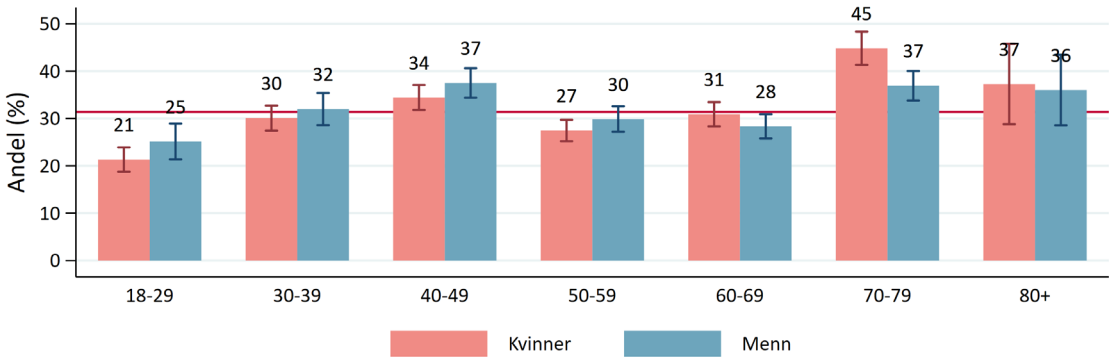


A)

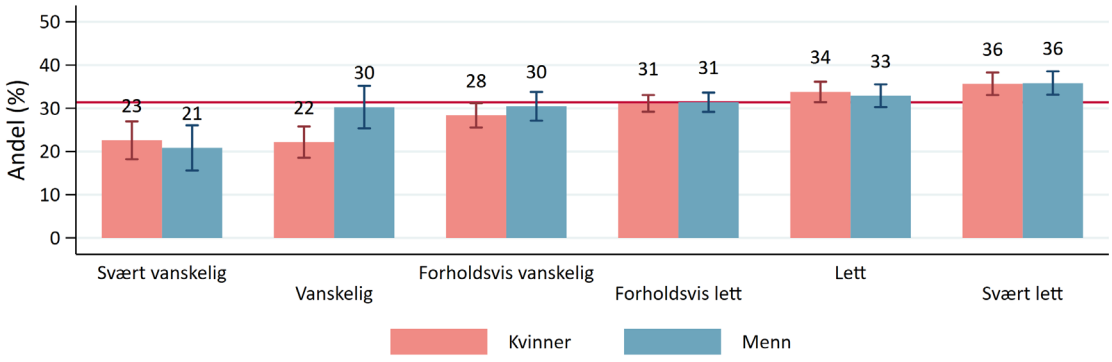


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 12A viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 6 prosentpoeng mellom regionen med høyest (Listerregionen) andel og regionen med lavest andel (Arendal).

Figur 12B viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen stiger med økende utdanningsnivå for begge kjønn.

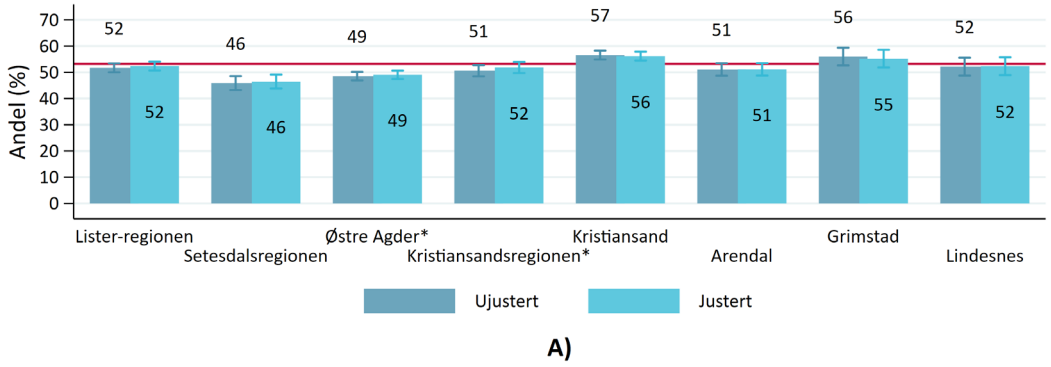
Figur 12C viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet etter kjønn og alder. Figuren viser varierende grad av forskjeller mellom aldersgrupper. Andelen var lavest blant de yngste deltakerne (18-29 år), særlig kvinnene. Andelen var høyest blant kvinner i aldersgruppen 70-79 år.

Figur 12D viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser til en viss grad at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere var andelen som rapporterte ukentlig deltakelse i organisert aktivitet.

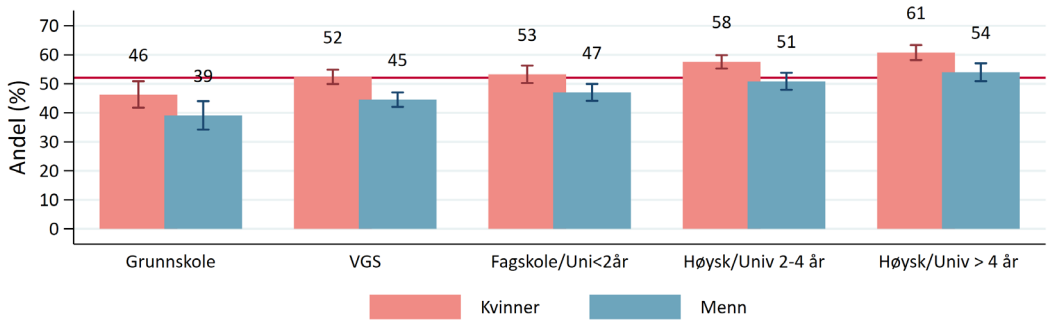
3.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Totalt 18386 deltakere av 18517 (99,3 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i annen aktivitet. Andelen for hele utvalget var **53,2 %** (KI95%: 52,4-54,1). Andelen for kvinner var 56,7 % (n=10230; KI95%: 55,6-57,9) og andelen for menn var 48,9 % (n=8156; KI95%: 47,6-50,2).

Figur 13: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

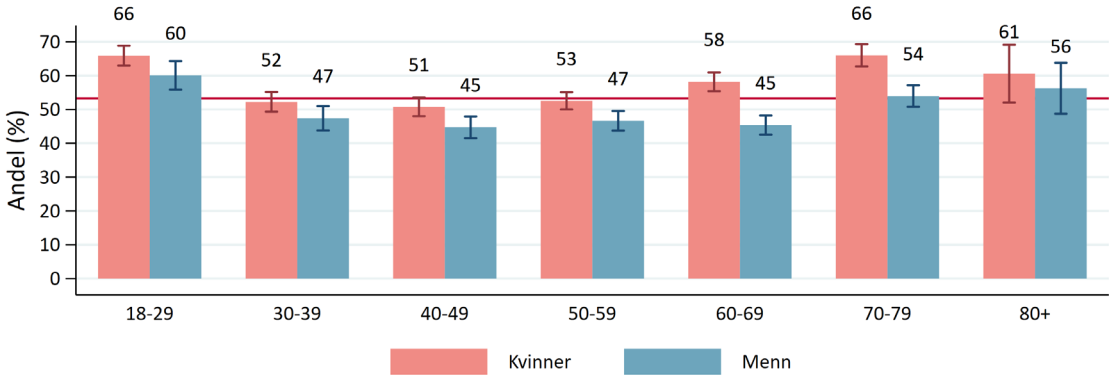


A)

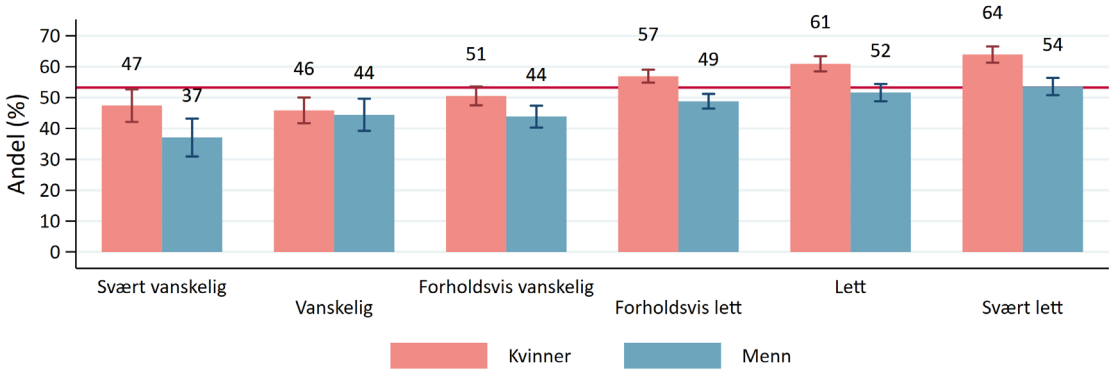


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 13A viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 11 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Kristiansand) og regionen med lavest andel (Setesdalsregionen).

Figur 13B viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen øker med stigende utdanningsnivå for begge kjønn. Andelen var lavest blant menn med grunnskoleutdanning, og høyest blant kvinner med mer enn 4 års høyskole-/universitetsutdanning. Andel var høyere blant kvinner enn menn for hvert utdanningsnivå.

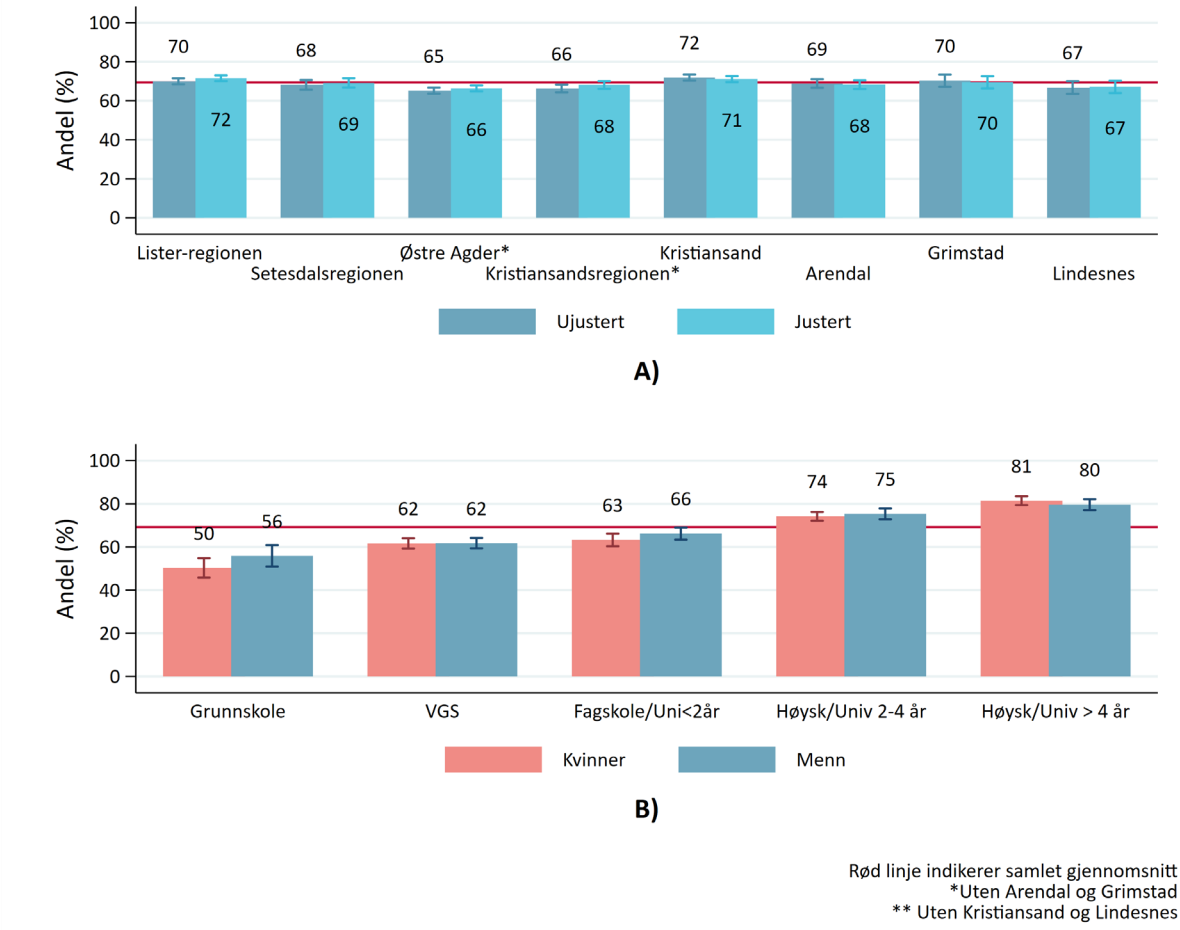
Figur 13C viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet etter kjønn og alder. Figuren viser en U-kurve på tvers av aldersgruppene. Andelen var lavest blant menn i alderen 30-69 år. Andelen var høyest blant kvinner i aldersgruppene 18-29 og 70-79 år.

Figur 13D viser andelen deltakere som rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto større andel rapporterte ukentlig deltakelse i annen aktivitet.

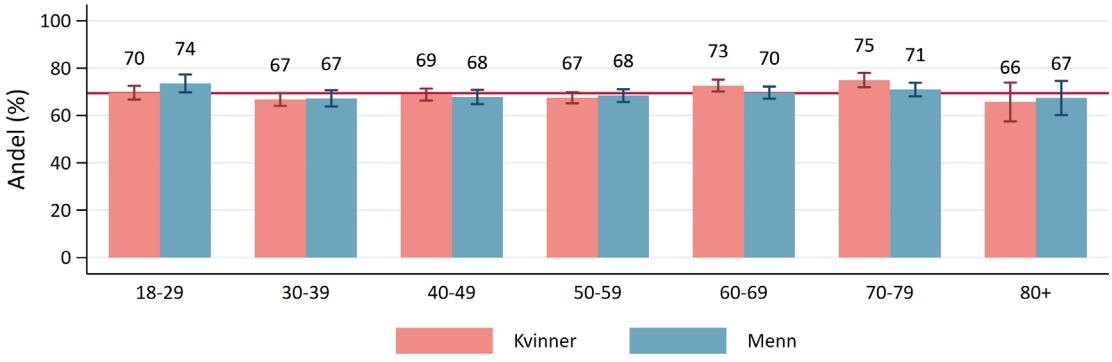
3.14 God eller svært god helse

Totalt 18451 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen for hele utvalget var **69,5 %** (KI95%: 68,7-70,3). Andelen for kvinner var 69,6 % (n=10283; KI95%: 68,5-70,7) og andelen for menn var 69,3 % (n=8168; KI95%: 68,1-70,5).

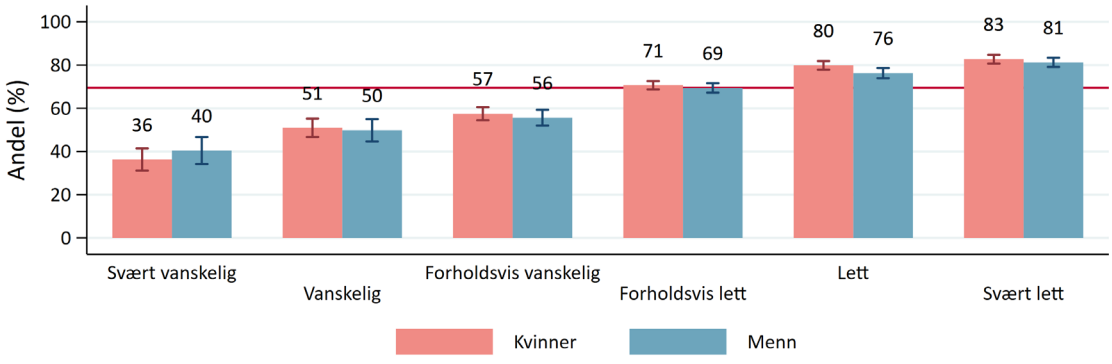
Figur 14: God eller svært god helse etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 14A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god helse, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 7 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Kristiansand) og regionen med lavest andel (Østre Agder).

Figur 14B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god helse etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen stiger med økende utdanningsnivå for begge kjønn. Andelen var lavest blant kvinner med grunnskoleutdanning (50%), og høyest blant kvinner med mer enn 4 års høyskole-/universitetsutdanning (81%).

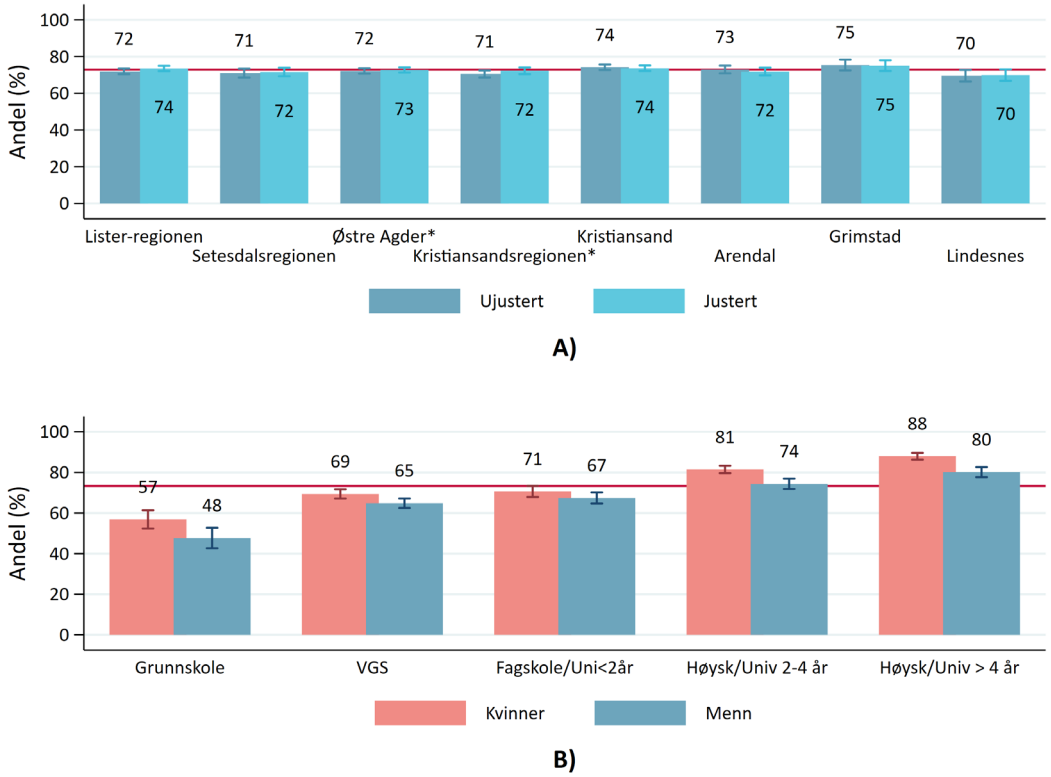
Figur 14C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god helse etter kjønn og alder. Figuren viser få vesentlige forskjeller mellom aldersgruppene. Andelen var lavest blant deltakere i aldersgruppene 30-39 år og over 80 år. Andelen var høyest blant kvinner i aldersgruppen 70-79 år og menn i aldersgruppen 18-29 år.

Figur 14D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god helse, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto større andel rapporterte god eller svært god helse. Blant dem som rapporterte at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til var det kun 36% (blant kvinner) og 41% (blant menn) som rapporterte god eller svært god helse. Andelen for dem som rapporterte at det er svært enkelt å få husholdningsøkonomien til å strekke til var på henholdsvis 83% og 81% for kvinner og menn.

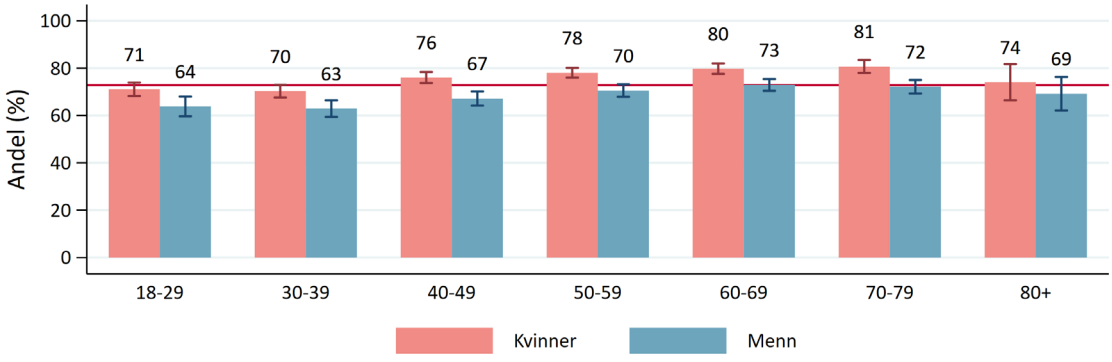
3.15 God eller svært god tannhelse

Totalt 18438 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på God eller svært god tannhelse. Andelen for hele utvalget var **72,9 %** (KI95%: 72,1-73,6). Andelen for kvinner var 75,9 % (n=10281; KI95%: 74,9-76,9) og andelen for menn var 69,0 % (n=8157; KI95%: 67,8-70,2).

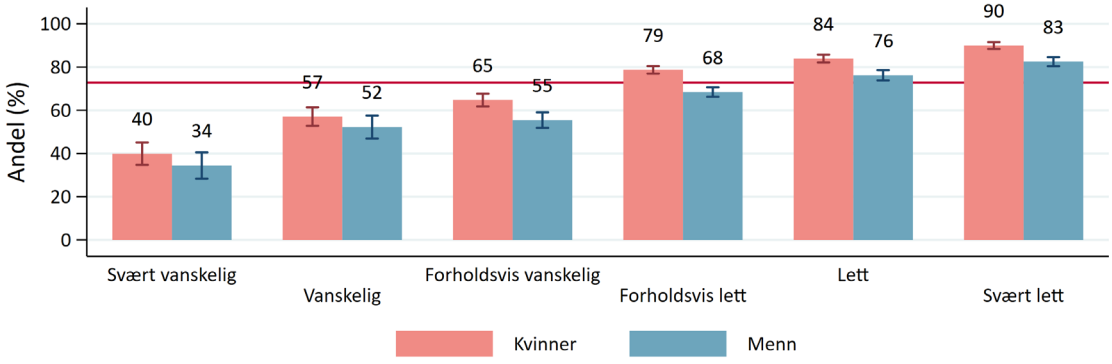
Figur 15: God eller svært god tannhelse etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 15A viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tannhelse, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 4 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Grimstad) og regionen med lavest andel (Kristiansandsregionen).

Figur 15B viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tannhelse etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen stiger med økende utdanningsnivå. Andelen var lavest blant menn med grunnskoleutdanning (48 %), og høyest blant kvinner med mer enn 4 års høyskole-/universitetsutdanning (88 %).

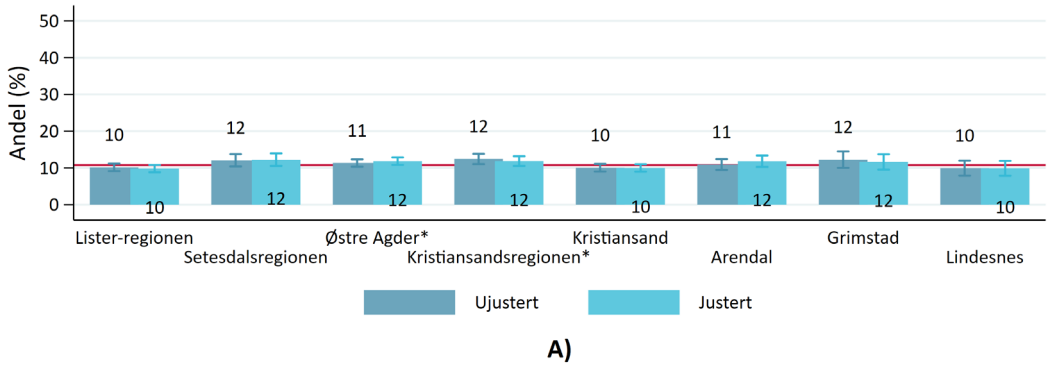
Figur 15C viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tannhelse etter kjønn og alder. Figuren viser små forskjeller mellom aldersgruppene. Andelen var lavest blant deltakerne, særlig menn, i aldersgruppene 18-39 år. Andelen var høyest for begge kjønn i alderen 60-79 år. Andelen var høyere blant kvinner enn menn på tvers av aldersgruppene.

Figur 15D viser andelen deltakere som rapporterte god eller svært god tannhelse, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto større andel rapporterte god eller svært god tannhelse. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Blant dem som rapporterte at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til var det kun 40% (blant kvinner) og 34% (blant menn) som rapporterte god eller svært god tannhelse. Andelen blant dem som rapporterte at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til var på henholdsvis 90% og 83% for kvinner og menn.

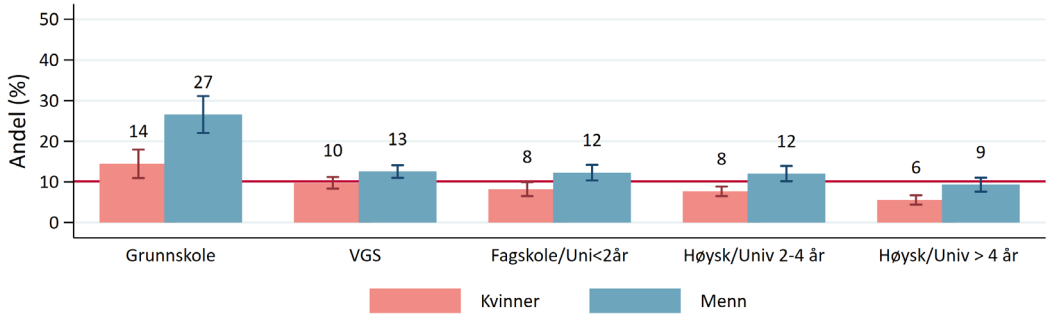
3.16 Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier

Totalt 18452 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier. Andelen for hele utvalget var **10,8 %** (KI95%: 10,2-11,3). Andelen for kvinner var 9,0 % (n=10284; KI95%: 8,3- 9,6) og andelen for menn var 13,0 % (n=8168; KI95%: 12,1-13,9).

Figur 16: Mer enn 2 år siden du var hos tannlege/-pleier etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

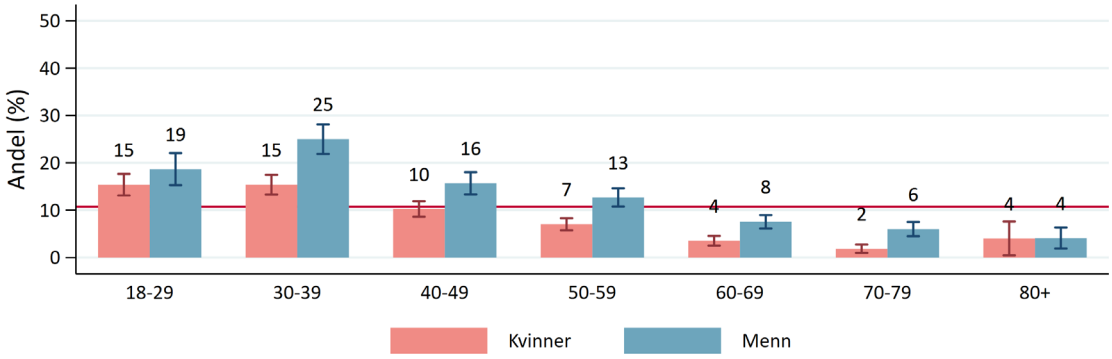


A)

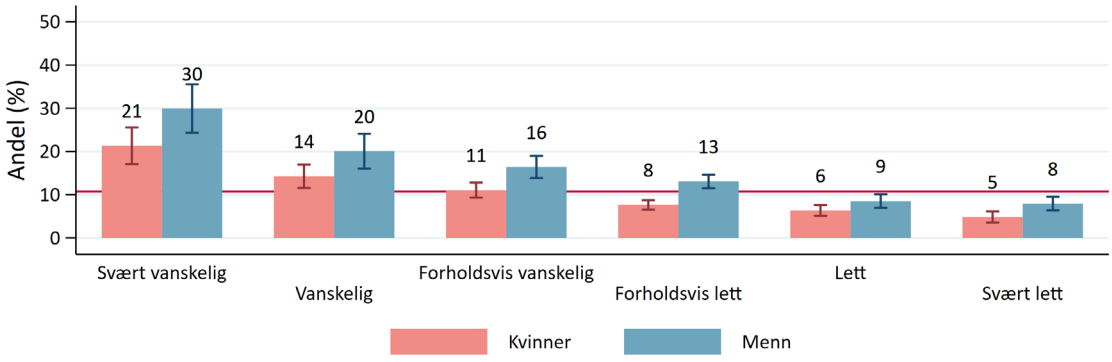


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 16A viser andelen deltakere som rapporterte mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Det var ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

Figur 16B viser andelen deltakere som rapporterte mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen synker med økende utdanningsnivå for begge kjønn. Menn med grunnskoleutdanning skilte seg ut med en andel på 27 %. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier.

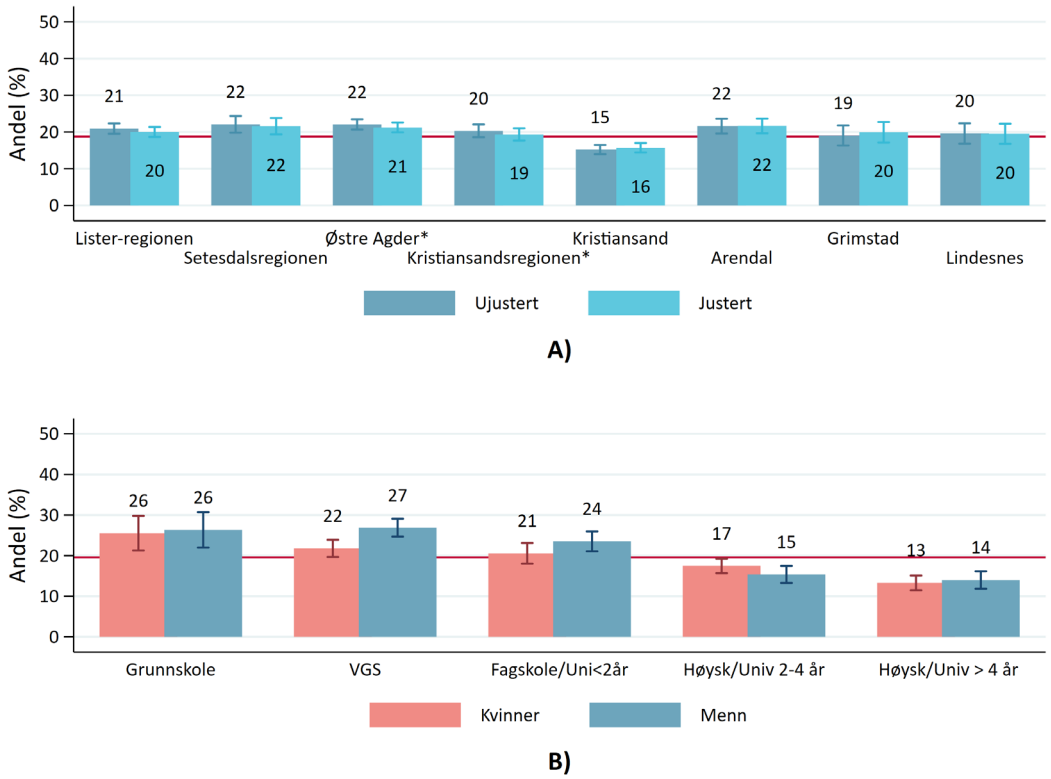
Figur 16C viser andelen deltakere som rapporterte mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier etter kjønn og alder. Andelen var høyest blant deltakerne, særlig menn, i alderen 18-39 år. Andelen var lavest for begge kjønn i alderen 60 år og eldre.

Figur 16D viser andelen deltakere som rapporterte mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Blant dem som rapporterte at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til var det hele 21% (blant kvinner) og 30% (blant menn) som oppgav mer enn 2 år siden de var hos tannlege/-pleier. Andelen blant dem som oppgav at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til var på henholdsvis 5% og 8% for kvinner og menn.

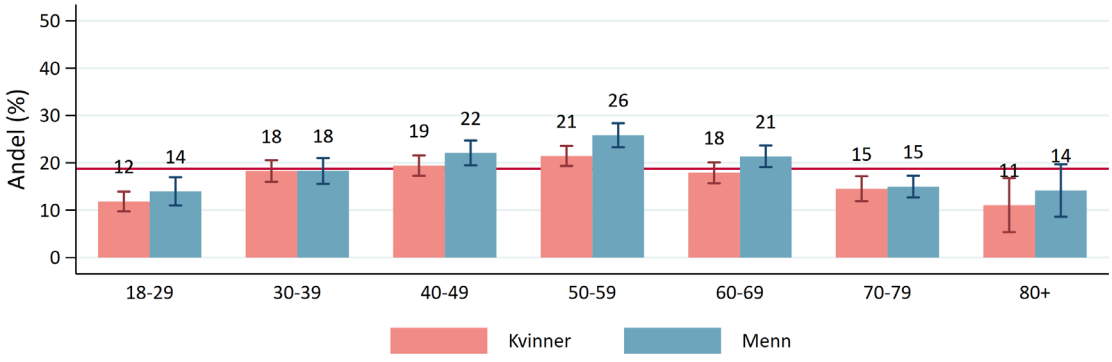
3.17 Fedme (KMI 30+)

Totalt 17525 deltakere av 18517 (94,6 %) hadde gyldig svar på Fedme (KMI 30+). Andelen for hele utvalget var **18,8 %** (KI95%: 18,1-19,4). Andelen for kvinner var 17,7 % (n=9572; KI95%: 16,7-18,6) og andelen for menn var 20,1 % (n=7953; KI95%: 19,0-21,1).

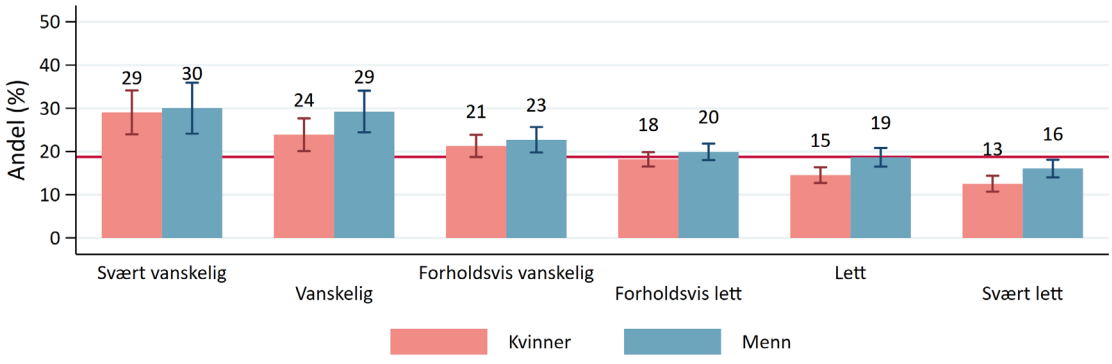
Figur 17: Fedme (KMI 30+) etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 17A viser andelen deltakere som rapporterte fedme, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 7 prosentpoeng mellom regionene med høyest andel og regionen med lavest andel (Kristiansand).

Figur 17B viser andelen deltakere som rapporterte fedme etter kjønn og utdanningsnivå. Andelen var lavere blant dem med høyskole-/universitetsutdanning på to år eller mer. En høyere andel menn enn kvinner med videregående opplæring rapporterte fedme.

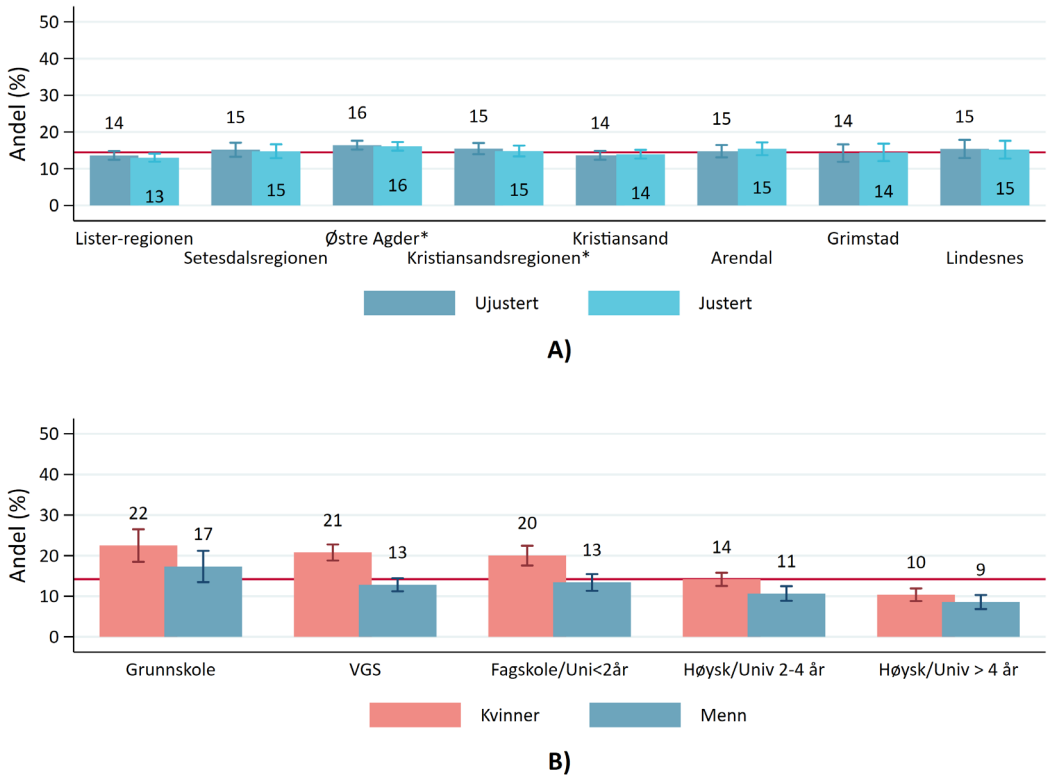
Figur 17C viser andelen deltakere som rapporterte fedme etter kjønn og alder. Figuren viser forskjeller mellom aldersgruppene som kommer til uttrykk som en omvendt U-kurve. Andelen var høyest blant deltakerne, særlig menn, i alderen 50-59 år. Andelene var lavest i de yngste og eldste aldersgruppene.

Figur 17D viser andelen deltakere som rapporterte fedme, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte fedme.

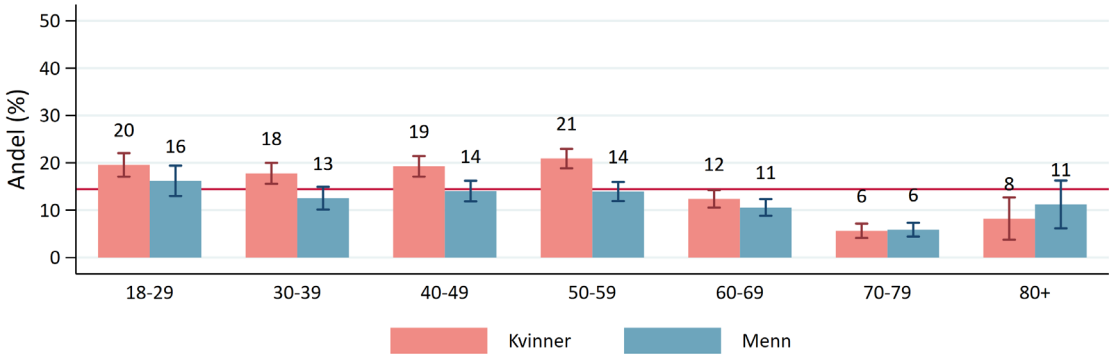
3.18 Søvnproblemer (Insomni)

Totalt 18439 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på Søvnproblemer (Insomni). Andelen for hele utvalget var **14,4 %** (KI95%: 13,8-15,1). Andelen for kvinner var 16,5 % (n=10268; KI95%: 15,6-17,4) og andelen for menn var 11,9 % (n=8171; KI95%: 11,0-12,7).

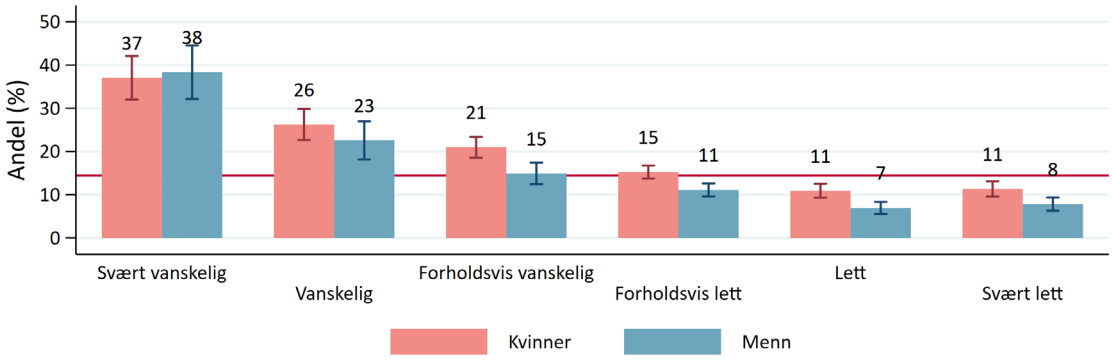
Figur 18: Søvnproblemer (Insomni) etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 18A viser andelen deltakere som rapporterte søvnproblemer (insomni), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Det var ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

Figur 18B viser andelen deltakere som rapporterte søvnproblemer etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med økende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn med videregående opplæring, fagskole- og ett års universitetsutdanning rapporterte søvnproblemer.

Figur 18C viser andelen deltakere som rapporterte søvnproblemer etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen er nokså jevn for aldersgruppene 18-59 år. I disse aldersgruppene rapporterte en høyere andel kvinner enn menn søvnproblemer. Andelen var lavest i aldersgruppen 70-79 år.

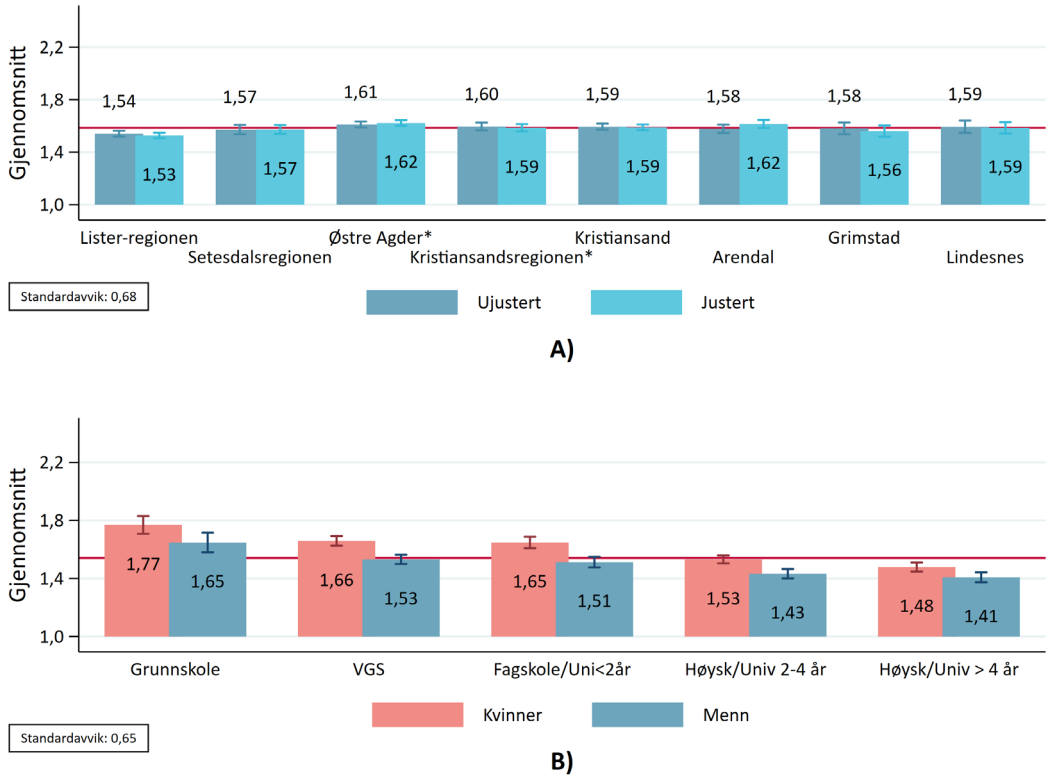
Figur 18D viser andelen deltakere som rapporterte søvnproblemer, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte søvnproblemer. Andelen var på hele 37% (blant kvinner) og 38% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen blant dem som rapporterte at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til var på henholdsvis 11% og 8% for kvinner og menn.

3.19 Psykiske plager (HSCL-5)

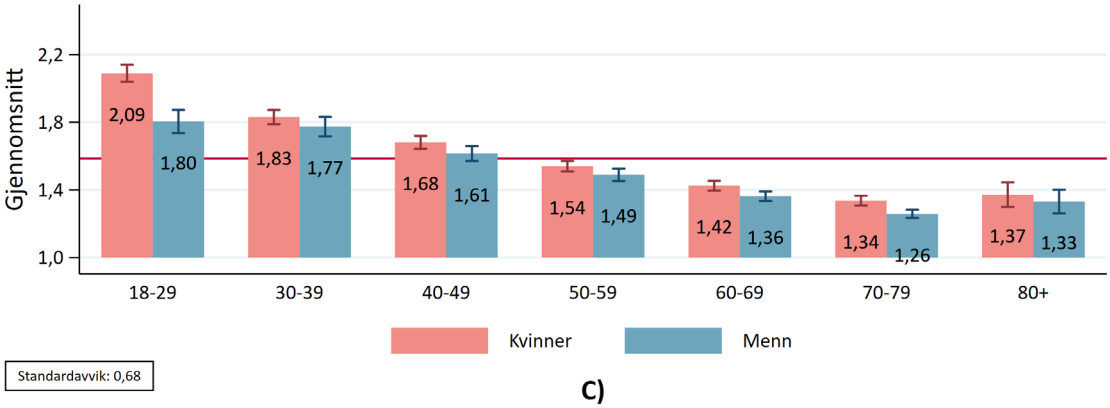
Totalt 18471 deltakere av 18517 (99,8 %) hadde gyldig svar på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager. Gjennomsnittet for hele utvalget var **1,59** (KI95%: 1,57-1,60). Gjennomsnittet for kvinner var 1,65 (n=10286; KI95%: 1,63-1,66) og gjennomsnittet for menn var 1,51 (n=8185; KI95%: 1,49-1,53).

På grunnlag av HSCL-5-skåren kan det lages en dikotom variabel der en skiller mellom de som har høy skår og de som ikke har høy skår. Høy skår betyr høyere enn 2,00. For fylket som helhet var det 17,1 % (95 % KI 16,5-17,8) som hadde høy skår. Andelen for kvinner var 19,4 % (95 % KI 18,4-20,3) og andelen for menn var 14,4 % (95 % KI 13,5-15,4).

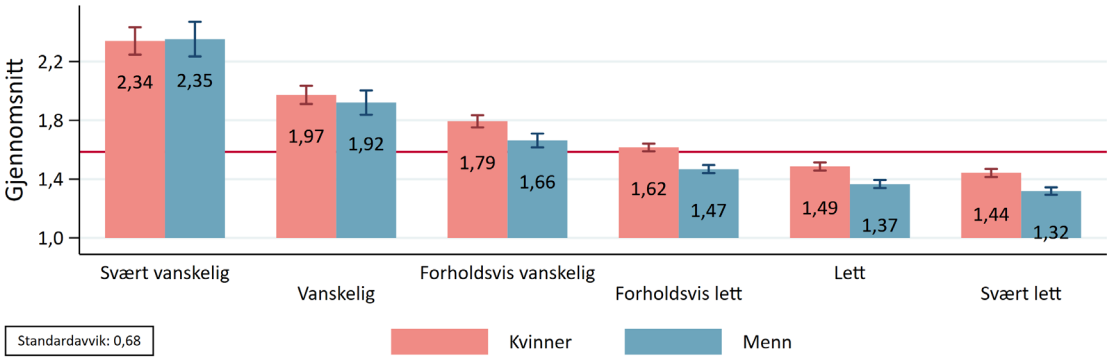
Figur 19: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 19A viser gjennomsnittsskår på rapporterte psykiske plager (målt ved HSCL-5, skala 1-4), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med høyest og regionen med lavest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,10 som kan tolkes som en svak effektstørrelse. Forskjellene mellom regionene er med andre ord små.

Figur 19B viser gjennomsnittsskår på rapporterte psykiske plager etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at gjennomsnittsskåren synker med økende utdanningsnivå. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,43 for kvinner og 0,35 for menn, som begge kan tolkes som moderate effektstørrelser. Snittskårene var litt høyere for kvinner enn menn innenfor hvert utdanningsnivå, men noen ganger med overlappende konfidensintervall.

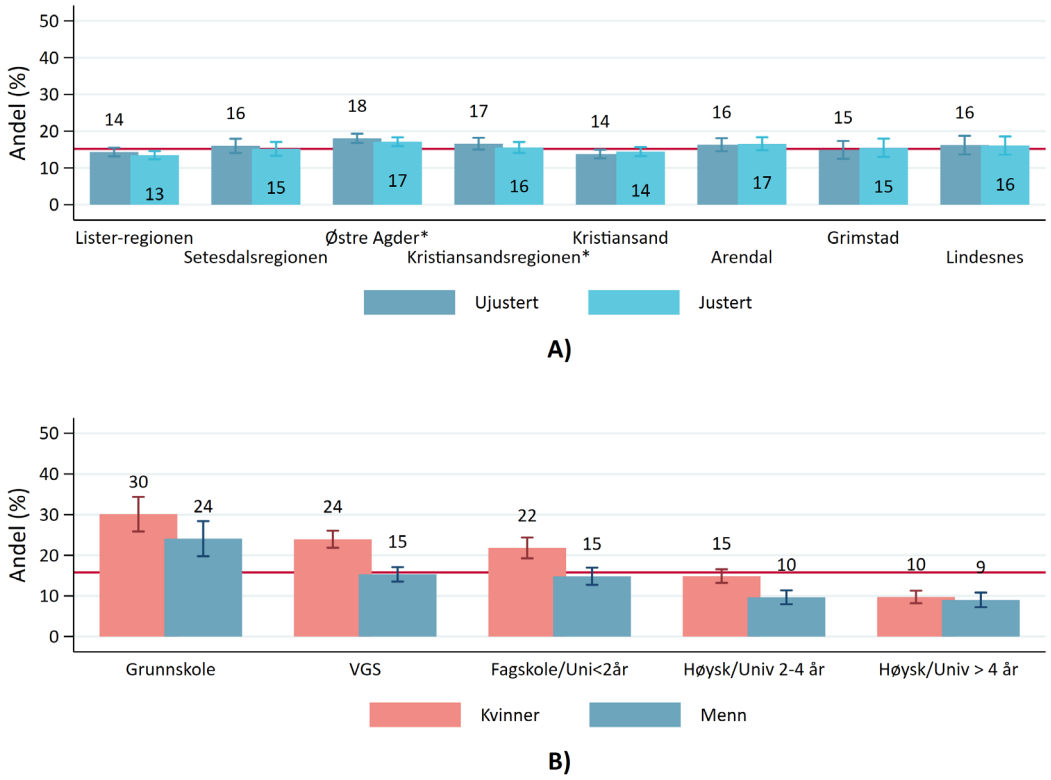
Figur 19C viser gjennomsnittsskår på rapporterte psykiske plager etter kjønn og alder. Figuren viser at gjennomsnittsskåren på psykiske plager var høyest blant de yngste, og synker med økende alder. Gjennomsnittsskåren for psykiske plager var høyest blant kvinner i aldersgruppen 18-29, og lavest blant menn i aldersgruppen 70-79 år. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 1,06 for kvinner og 0,69 for menn, som i vår sammenheng kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 19D viser gjennomsnittsskår på rapporterte psykiske plager etter i hvilken grad pengene i husholdningen ble vurdert å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det rapporteres å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere er gjennomsnittsskårene for rapporterte psykiske plager. Differansen i gjennomsnittlig skår på psykiske plager mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig tilsvarer en Cohens *d* på 1,32 for kvinner og 1,51 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

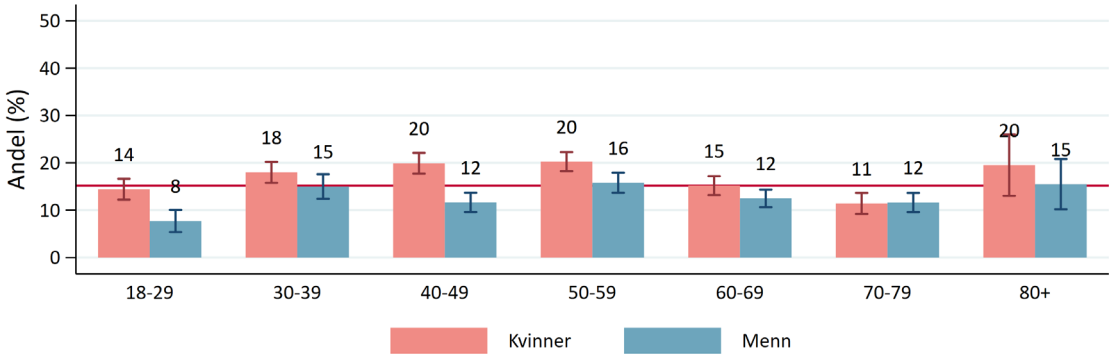
3.20 Hverdagen i stor grad påvirket av sykdommer/helseproblemer

Totalt 18389 deltakere av 18517 (99,3 %) hadde gyldig svar på «Hverdagen i stor grad påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer». Andelen for hele utvalget var **15,2 %** (KI95%: 14,6-15,8). Andelen for kvinner var 17,1 % (n=10255; KI95%: 16,2-18,0) og andelen for menn var 12,8 % (n=8134; KI95%: 12,0-13,7).

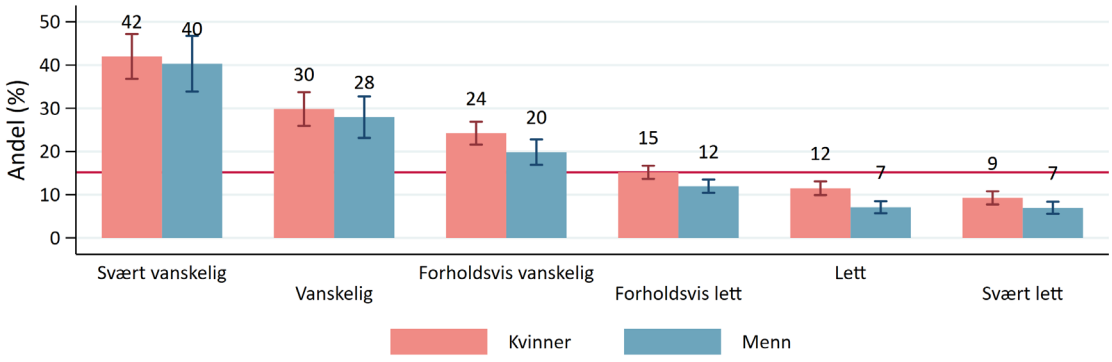
Figur 20: Hverdagen i stor grad påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 20A viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 4 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Østre Agder) og regionen med lavest andel (Listerregionen og Kristiansand).

Figur 20B viser andelen deltakere som rapporterte at Hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med økende utdanningsnivå. Andelen blant kvinner som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer var signifikant høyere enn andelen blant menn innenfor tre av de fem utdanningsnivåene.

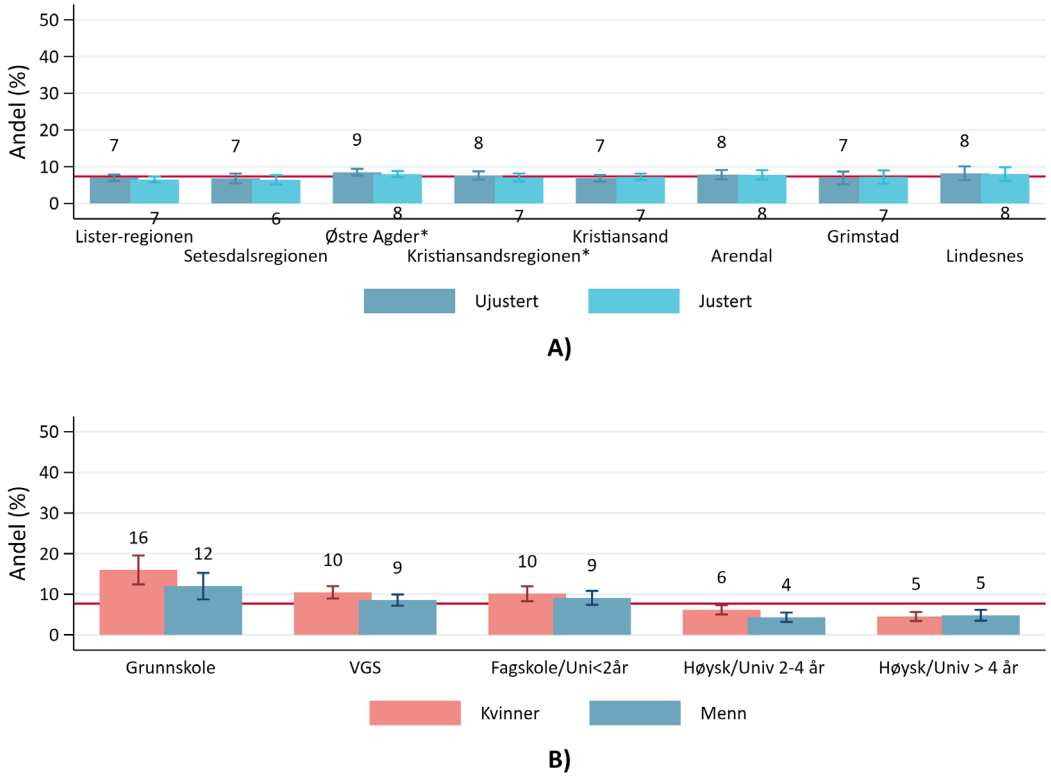
Figur 20C viser andelen deltakere som rapporterte at Hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer etter kjønn og alder. Figuren viser en omvendt U-kurve for kvinner, hvor de i aldersgruppen 40-59 hadde høyest andel. Andelen økte igjen i aldersgruppen 80 år og eldre. Blant menn varierte andelen ujevnt med alder. Andelen var lavest blant menn i aldersgruppen 18-29 år.

Figur 20D viser andelen deltakere som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det rapporteres å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere er andelen. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen var på hele 42% (blant kvinner) og 40% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen blant dem som rapporterte at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til, var på 9% blant kvinner og 7% blant menn.

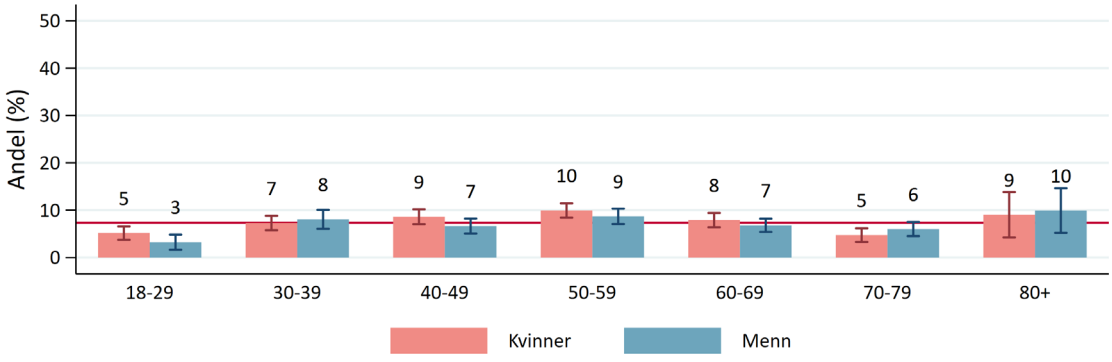
3.21 Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade

Totalt 18306 deltakere av 18517 (98,9 %) hadde gyldig svar på «Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade». Andelen for hele utvalget var **7,3 %** (KI95%: 6,9- 7,8). Andelen for kvinner var 7,6 % (n=10198; KI95%: 7,0- 8,3) og andelen for menn var 6,9 % (n=8108; KI95%: 6,3- 7,6).

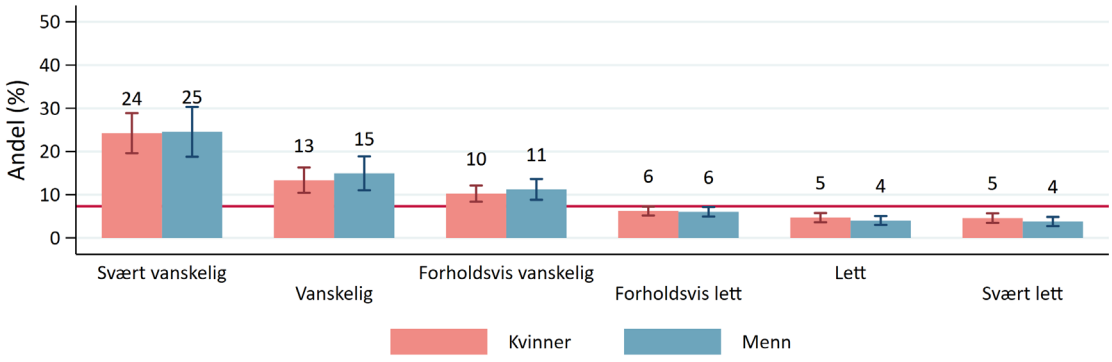
Figur 21: Hverdagen i stor grad påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 21A viser andelen deltakere som rapporterte at Hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

Figur 21B viser andelen deltakere som rapporterte at Hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med økende utdanningsnivå.

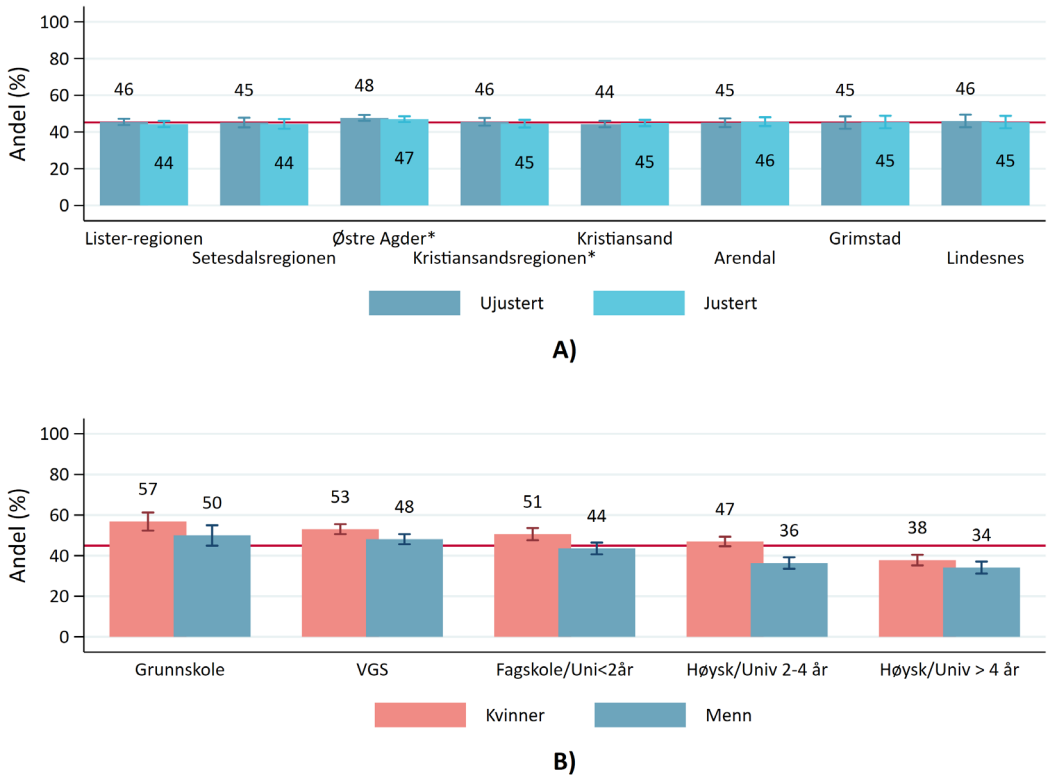
Figur 21C viser andelen deltakere som rapporterte at Hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade etter kjønn og alder. Figuren viser en svak omvendt U-kurve for kvinner, hvor andelen var høyest i aldersgruppen 50-59. Andelen økte igjen noe i aldersgruppen 80 år og eldre. Blant menn varierte andelen ujevnt med alder. Andelen var lavest blant menn i aldersgruppen 18-29 år.

Figur 21D viser andelen deltakere som rapporterte at Hverdagen deres i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse eller plager grunnet skade etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere er andelen. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen var på 24% (blant kvinner) og 25% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen blant dem som oppgav at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til, var på henholdsvis 5% og 4% for kvinner og menn.

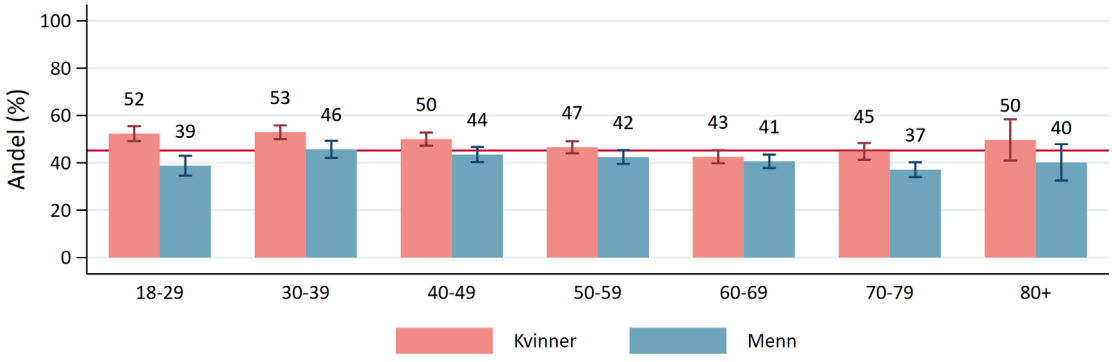
3.22 Korsryggsmerter siste 28 dager

Totalt 18377 deltakere av 18517 (99,2 %) hadde gyldig svar på Korsryggsmerter siste 28 dager. Andelen for hele utvalget var **45,2 %** (KI95%: 44,3-46,1). Andelen for kvinner var 48,2 % (n=10246; KI95%: 47,1-49,4) og andelen for menn var 41,4 % (n=8131; KI95%: 40,1-42,7).

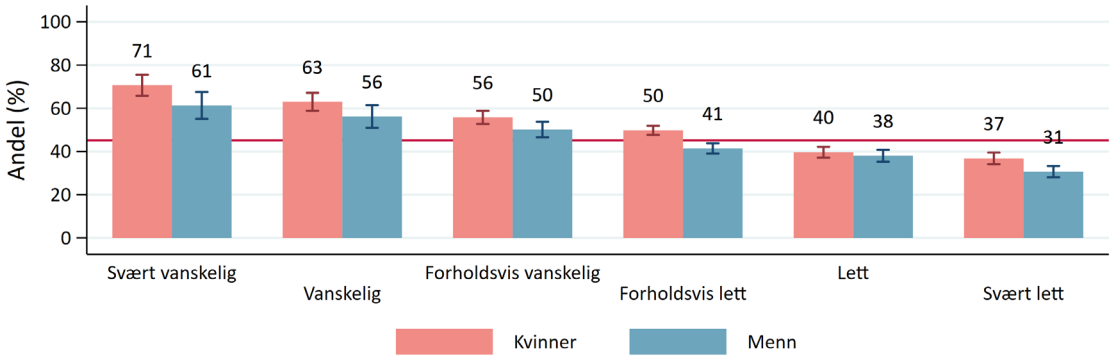
Figur 22: Korsryggsmerter siste 28 dager etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 22A viser andelen deltakere som rapporterte korsryggsmerter siste 28 dager fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

Omregnet til såkalt punktprevalens, eller andel som til enhver tid har korsryggsmerter, er 20,8 % (KI95% 20,3-21,4) samlet i fylket. Med andre ord kan man si at rundt 1 av 5 til enhver tid har korsryggsmerter blant utvalget i Agder. Andelen er litt høyere for kvinner (22,4 % [KI95% 21,6 – 23,2]) enn for menn (18,9 % [KI95% 18,0- 19,7]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse grunnet korsryggsmerter er litt under halvparten så høy 8,4 % (KI95% 8,1 – 8,8 %) samlet i fylket har til enhver tid korsryggsmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter daglige rutiner. Andelen er 9,2 % (KI95% 8,6-9,7) for kvinner og 7,5 % (KI95% 7,0-8,1) for menn.

Figur 22B viser andelen deltakere som rapporterte korsryggsmerter etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med økende utdanningsnivå. En høyere andel kvinner enn menn rapporterte korsryggsmerter i alle utdanningsgruppene, men forskjellen var signifikant bare i en av gruppene.

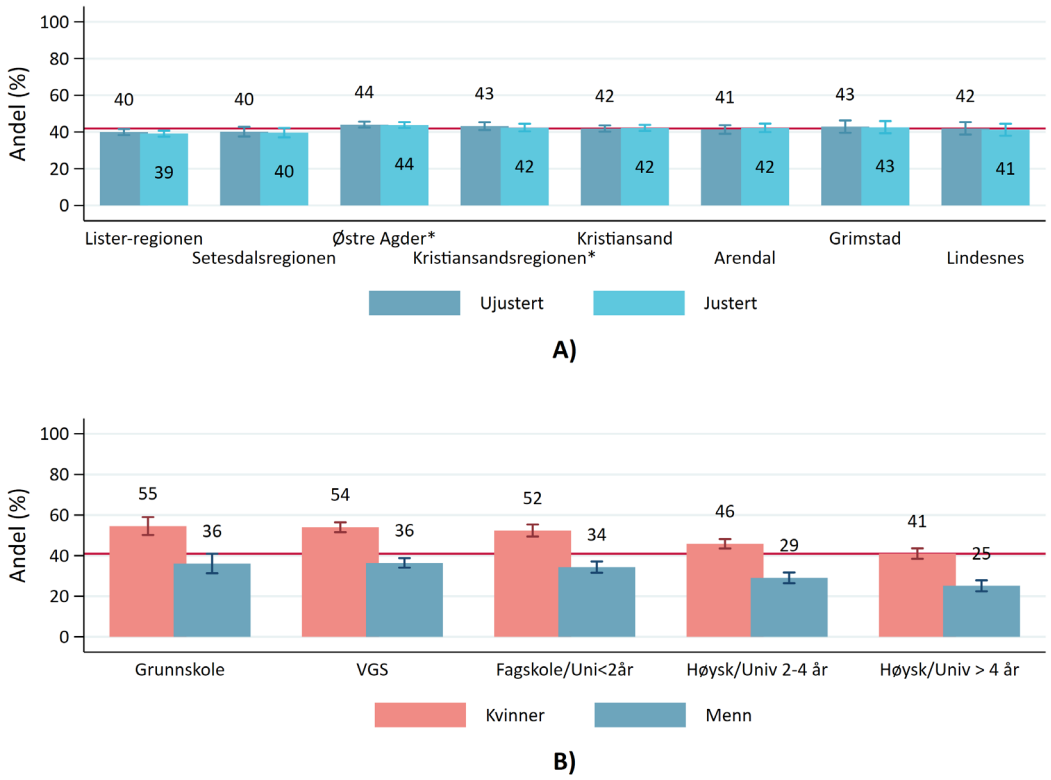
Figur 22C viser andelen deltakere som rapporterte korsryggsmerter etter kjønn og alder. Figuren viser få vesentlige forskjeller mellom aldersgrupper. Blant kvinner var andelen høyest for aldersgruppen 30-39 år og lavest for aldersgruppen 60-69 år. Andelen for menn var høyest i aldersgruppen 30-39 år, og sank deretter med økende alder inntil nest eldste aldersgruppe.

Figur 22D viser andelen deltakere som rapporterte korsryggsmerter etter i hvilken grad de rapporterte at pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det oppleves å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte korsryggsmerter. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen var på 71% (blant kvinner) og 61% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen var på 37% (blant kvinner) og 31% (blant menn) for dem som rapporterte at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til.

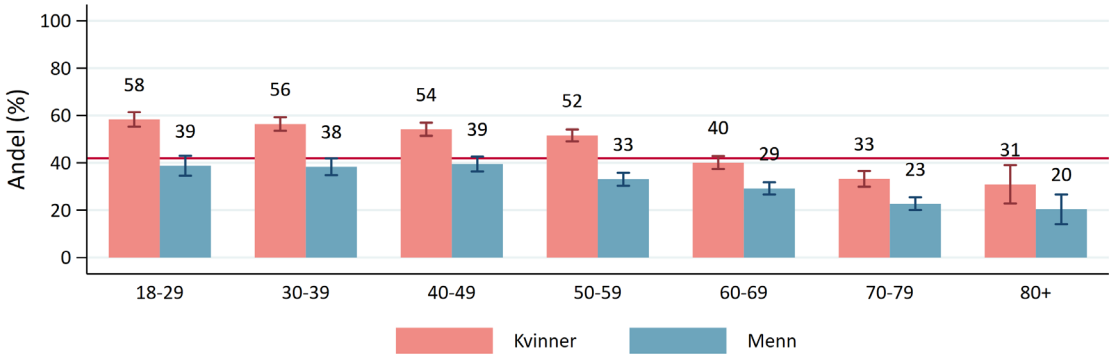
3.23 Nakkesmerter siste 28 dager

Totalt 18343 deltakere av 18517 (99,1 %) hadde gyldig svar på Nakkesmerter siste 28 dager. Andelen for hele utvalget var **41,9 %** (KI95%: 41,1-42,8). Andelen for kvinner var 49,4 % (n=10240; KI95%: 48,3-50,6) og andelen for menn var 32,5 % (n=8103; KI95%: 31,3-33,8).

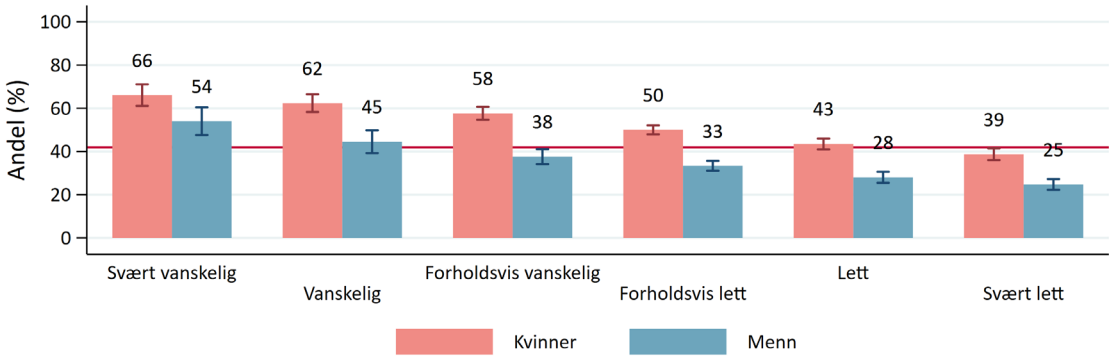
Figur 23: Nakkesmerter siste 28 dager etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 23A viser andelen deltakere som rapporterte nakkesmerter siste 28 dager, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 4 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Østre Agder) og regionene med lavest andel (Lister- og Setesdalsregionen).

Omregnet til såkalt punktprevalens, eller andel som til enhver tid har nakkesmerter, er 19,8 % (KI95% 19,2-20,4) samlet i fylket. Med andre ord kan man si at 1 av 5 til enhver tid har nakkesmerter blant utvalget i Agder. Andelen er klart høyere for kvinner (24,1 % [KI95% 23,3-24,9]) enn for menn (14,5 % [KI95% 13,7-15,3]). Punktprevalensen for funksjonsnedsettelse grunnet nakkesmerter er vesentlig lavere; 6,2 % (KI95% 5,9-6,6) i utvalget har nakkesmerter som medfører at de må endre sine vanlige aktiviteter eller endre dine daglige rutiner. Andelen er 7,5 % (7,0-8,0%) for kvinner og 4,7 % (KI95% 4,2-5,1) for menn.

Figur 23B viser andelen deltakere som rapporterte nakkesmerter etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen var lavere for de med høyskole- og universitetsutdanning på to år eller mer. En vesentlig høyere andel kvinner enn menn rapporterte nakkesmerter på tvers av utdanningsnivå.

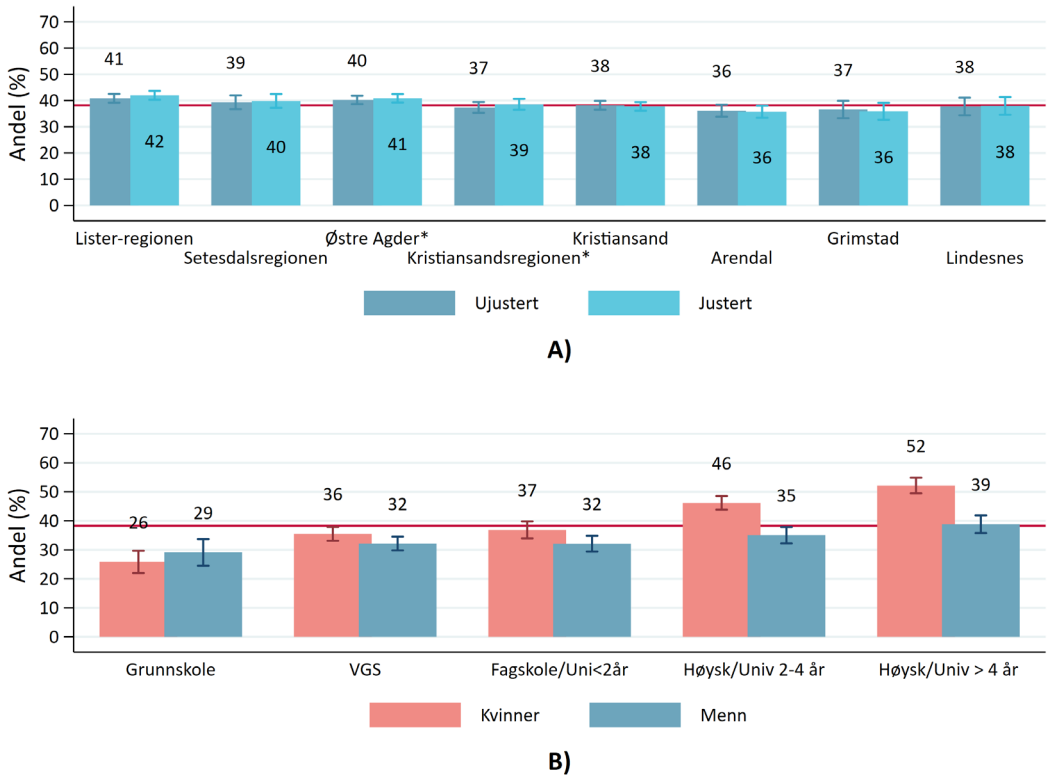
Figur 23C viser andelen deltakere som rapporterte nakkesmerter etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen blant menn holder seg jevn frem til 40-49 år, for deretter å synke med økende alder. Figuren viser en tilsvarende tendens for kvinner, hvor andelen synker med økende alder over hele aldersspennet, men særlig sterkt fra og med 50-59 år.

Figur 23D viser andelen deltakere som rapporterte nakkesmerter etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det rapporteres å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte nakkesmerter. Andelen som rapporterte nakkesmerter, var på 66% (blant kvinner) og 54% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelene som rapporterte nakkesmerter blant dem som rapporterte at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til, var på henholdsvis 39% og 25% for kvinner og menn.

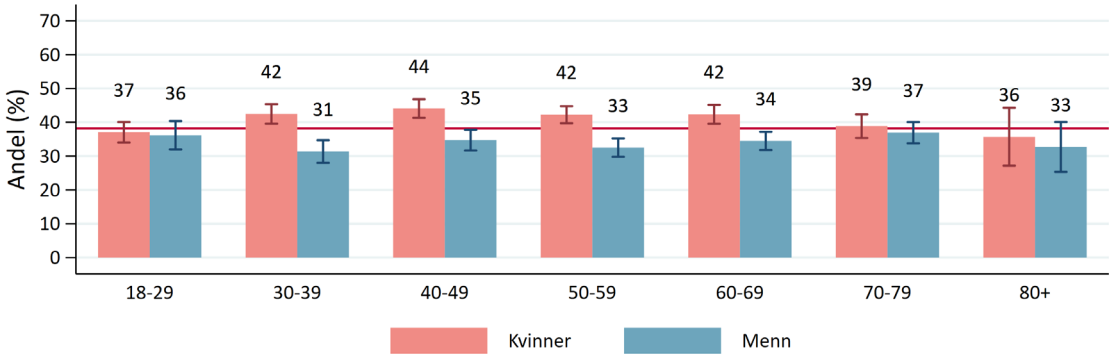
3.24 Sosial støtte

Totalt 18177 deltakere av 18517 (98,2 %) hadde gyldig svar på Høy sosial støtte. Andelen for hele utvalget var **38,2 %** (KI95%: 37,3-39,0). Andelen for kvinner var 41,4 % (n=10144; KI95%: 40,2-42,5) og andelen for menn var 34,2 % (n=8033; KI95%: 33,0-35,5).

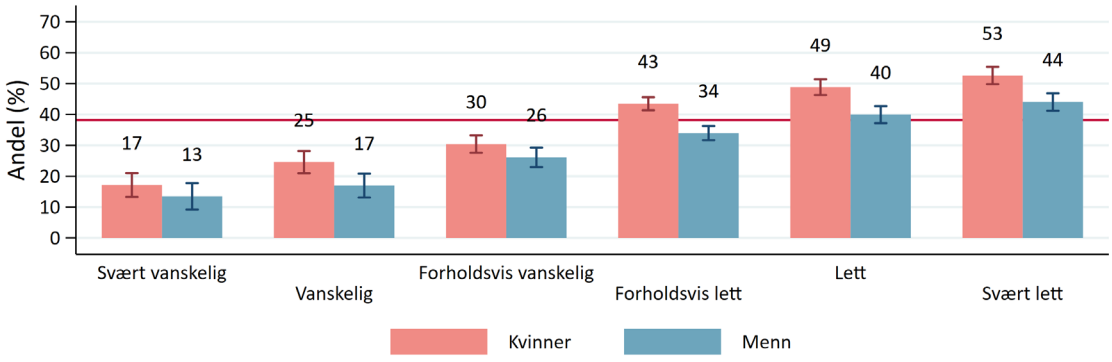
Figur 24: Høy sosial støtte etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 24A viser andelen deltakere som rapporterte høy sosial støtte, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 5 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Listerregionen) og regionen med lavest andel (Arendal).

Figur 24B viser andelen deltakere som rapporterte høy sosial støtte etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen stiger med økende utdanningsnivå. Figuren viser en brattere økning i andelen blant kvinner enn i andelen blant menn.

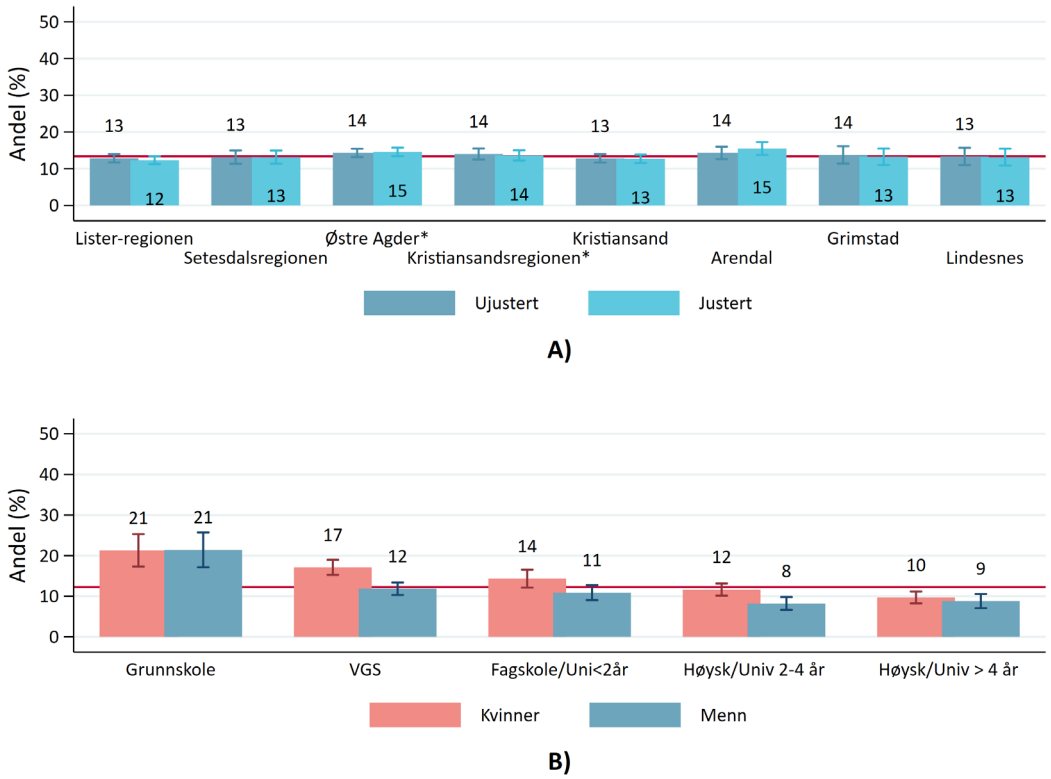
Figur 24C viser andelen deltakere som rapporterte høy sosial støtte etter kjønn og alder. Figuren viser lite forskjell mellom aldersgrupper. Andelen menn varierte ujevnt mellom aldersgruppene. Figuren viser en svak omvendt U-kurve for kvinner, hvor andelen er høyest i alderen 30-69 år. Andelen var signifikant høyere blant kvinner enn menn i aldersgruppene fra 30-39 til 60-69 år.

Figur 24D viser andelen deltakere som rapporterte høy sosial støtte etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere de vurderte det å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere andel rapporterte høy sosial støtte. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen som rapporterte høy sosial støtte, var på 17% (blant kvinner) og 13% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelene var 53% (blant kvinner) og 44% (blant menn) blant dem som rapporterte at det er svært enkelt å få husholdningsøkonomien til å strekke til.

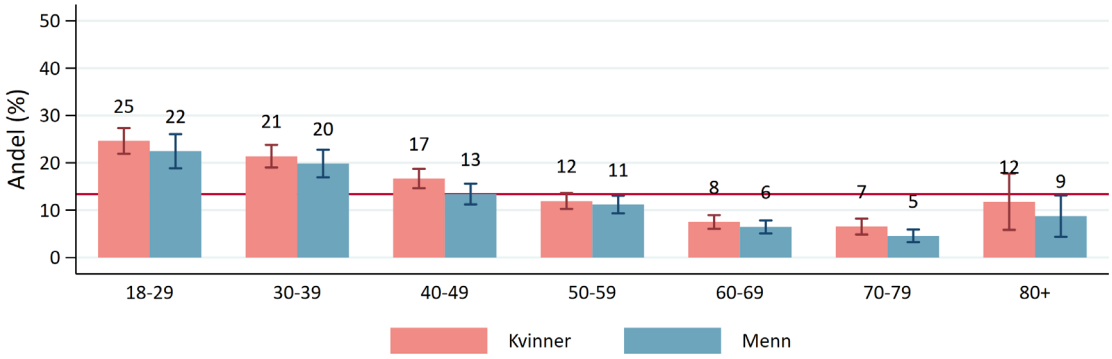
3.25 Ensomhet (UCLA-3)

Totalt 18191 deltakere av 18517 (98,2 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (UCLA-3). Andelen for hele utvalget var **13,4 %** (KI95%: 12,8-14,0). Andelen for kvinner var 14,8 % (n=10126; KI95%: 14,0-15,6) og andelen for menn var 11,7 % (n=8065; KI95%: 10,8-12,5).

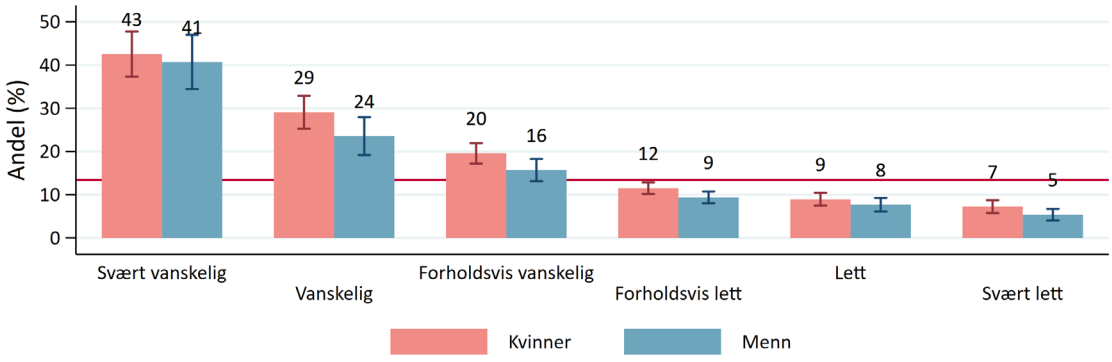
Figur 25: Ensomhet (UCLA-3) etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 25A viser andelen deltakere som rapporterte ensomhet (målt ved UCLA-3), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser ingen vesentlige forskjeller mellom regionene.

Figur 25B viser andelen deltakere som rapporterte ensomhet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen var høyest blant de med grunnskoleutdanning, og sank med stigende utdanningsnivå.

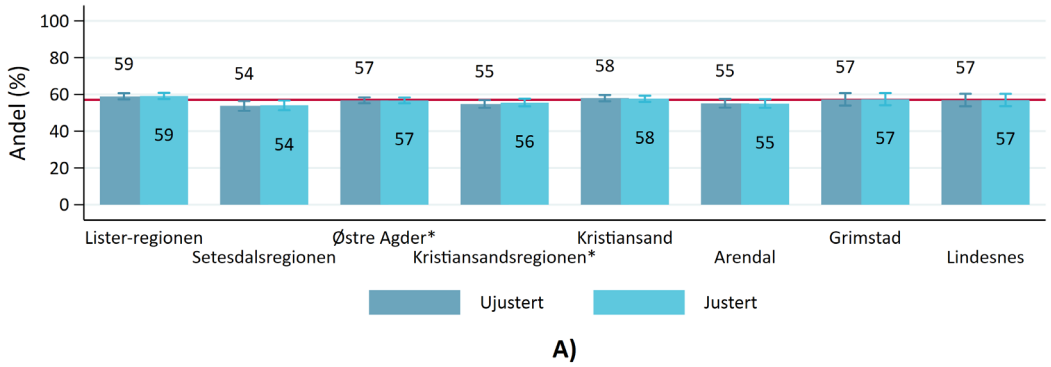
Figur 25C viser andelen deltakere som rapporterte ensomhet etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen synker med økende alder. Unntaket var aldersgruppen 80 år og eldre, hvor andelen økte. Men antallet i denne eldste aldersgruppen gir store konfidensintervaller og dermed er dette resultatet usikkert.

Figur 25D viser andelen deltakere som rapporterte ensomhet etter i hvilken grad de vurderte at pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere de mente det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte ensomhet. Her viser figuren vesentlige forskjeller mellom gruppene. Andelen som rapporterte ensomhet, var på 43% (blant kvinner) og 41% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen blant dem som rapporterte at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til, var henholdsvis 7% og 5% for kvinner og menn.

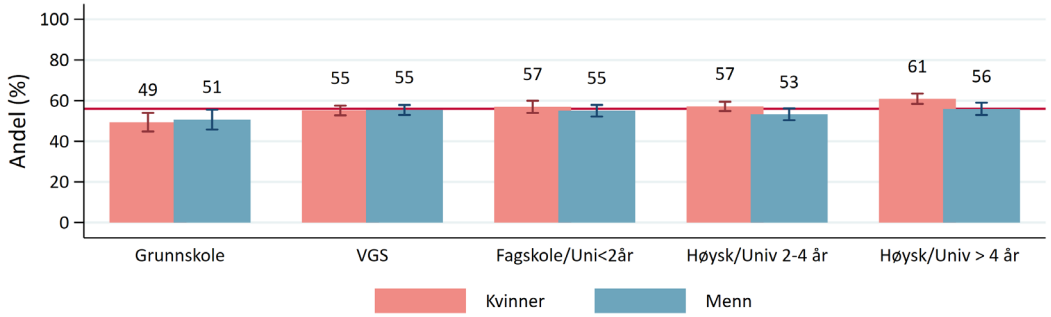
3.26 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Totalt 18432 deltakere av 18517 (99,5 %) hadde gyldig svar på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **57,0 %** (KI95%: 56,2-57,9). Andelen for kvinner var 58,2 % (n=10273; KI95%: 57,0-59,3) og andelen for menn var 55,6 % (n=8159; KI95%: 54,3-56,9).

Figur 26: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

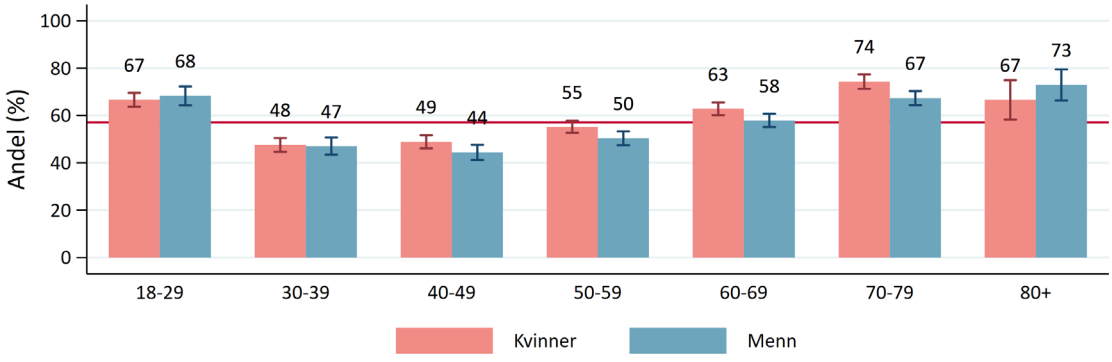


A)

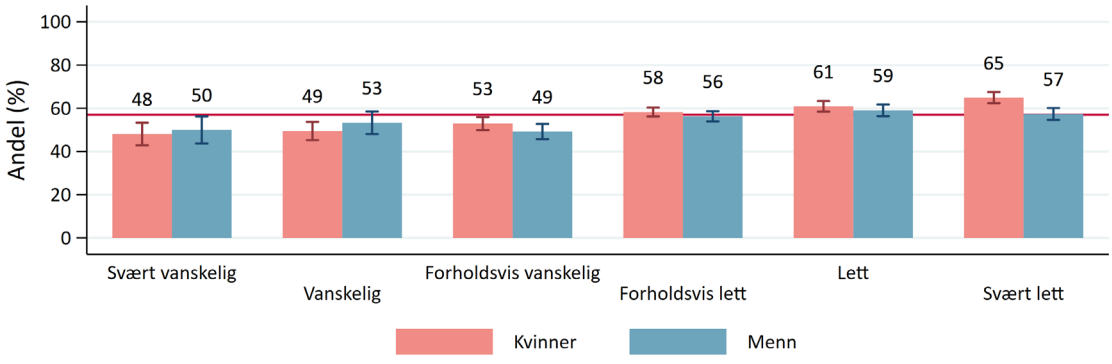


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 26A viser andelen deltakere som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 5 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Listerregionen) og regionen med lavest andel (Setesdalsregionen).

Figur 26B viser andelen deltakere som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen var lavest for dem med grunnskoleutdanning, og svakt stigende med høyere utdanningsnivå blant kvinner.

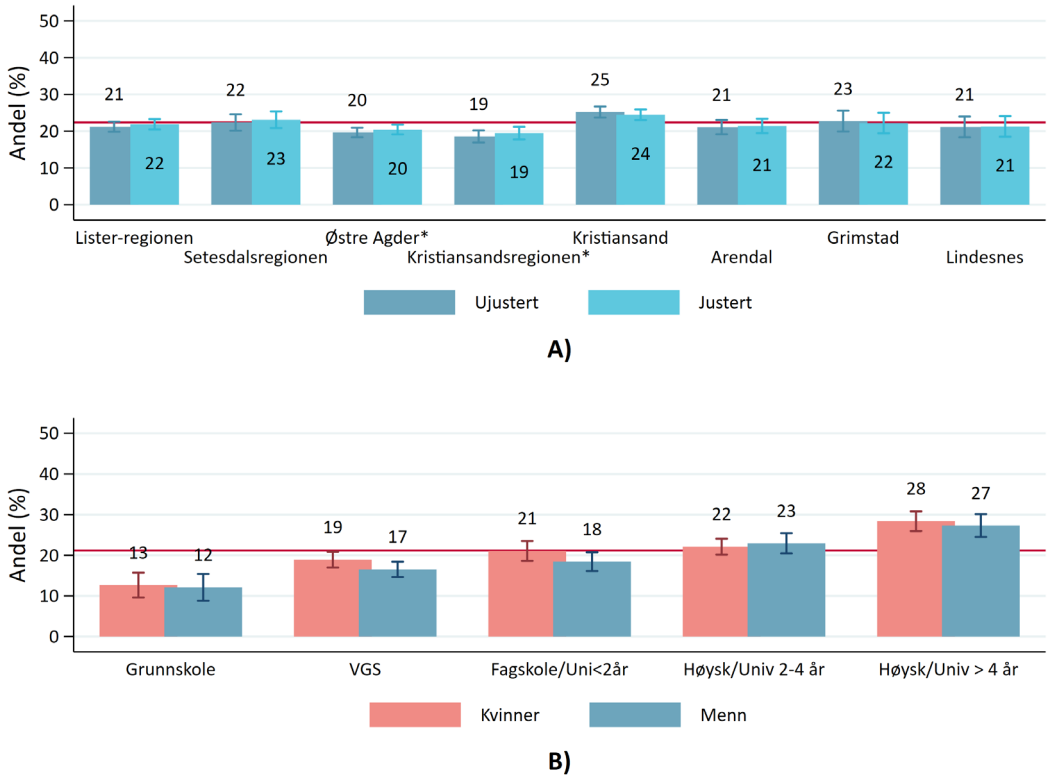
Figur 26C viser andelen deltakere som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen ble redusert vesentlig fra den yngste (18-29 år) til den nest yngste aldersgruppen (30-39 år). Deretter øker andelen med stigende alder.

Figur 26D viser andelen deltakere som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere etter i hvilken grad de mente at pengene i husholdningen strekker til og kjønn. Figuren viser at jo lettere de rapporterte at det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere andel rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Trenden er tydeligst blant kvinner og mindre klar blant menn. Andelen var på 48% (blant kvinner) og 50% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelene var høyere, 65% (blant kvinner) og 57% (blant menn), blant dem som rapporterte at det er svært enkelt å få husholdningsøkonomien til å strekke til.

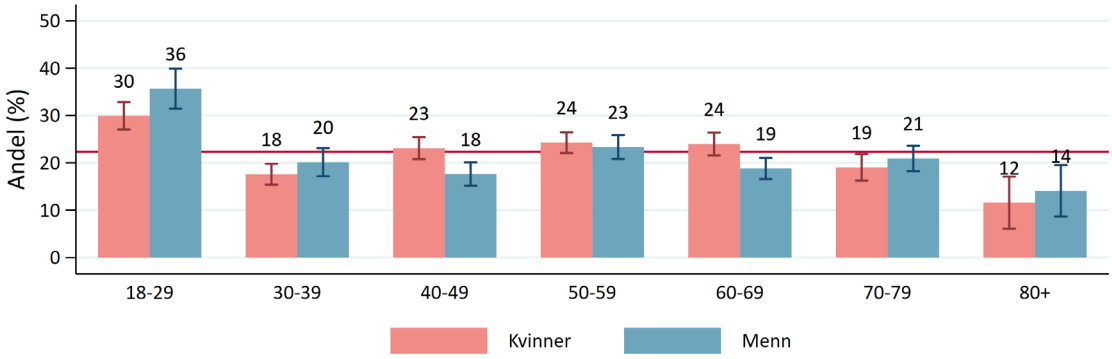
3.27 Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken

Totalt 18377 deltakere av 18517 (99,2 %) hadde gyldig svar på Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken. Andelen for hele utvalget var **22,4 %** (KI95%: 21,7-23,1). Andelen for kvinner var 23,0 % (n=10231; KI95%: 22,0-24,0) og andelen for menn var 21,6 % (n=8146; KI95%: 20,5-22,7).

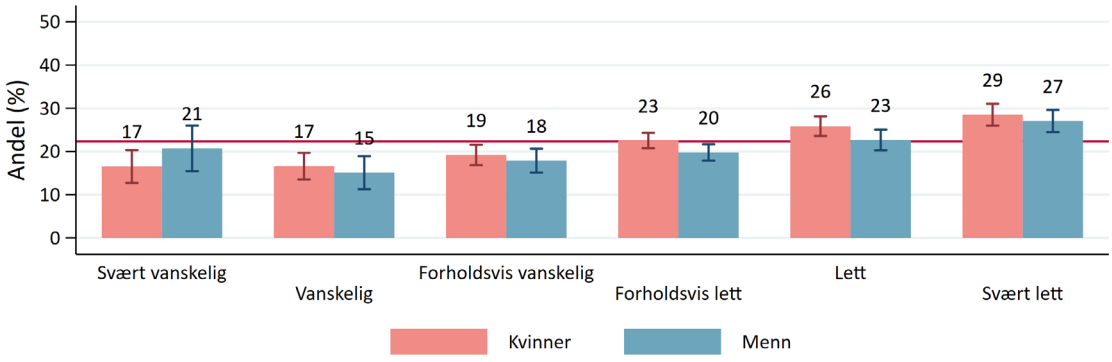
Figur 27: Minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 27A viser andelen deltakere som rapporterte minst 30 minutter moderat fysisk aktivitet 4+ dager i uken (heretter kalt fysisk aktive), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 7 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Kristiansand) og regionen med lavest andel (Kristiansandsregionen).

Figur 27B viser andelen fysisk aktive etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen fysisk aktive både blant menn og blant kvinner øker med stigende utdanningsnivå.

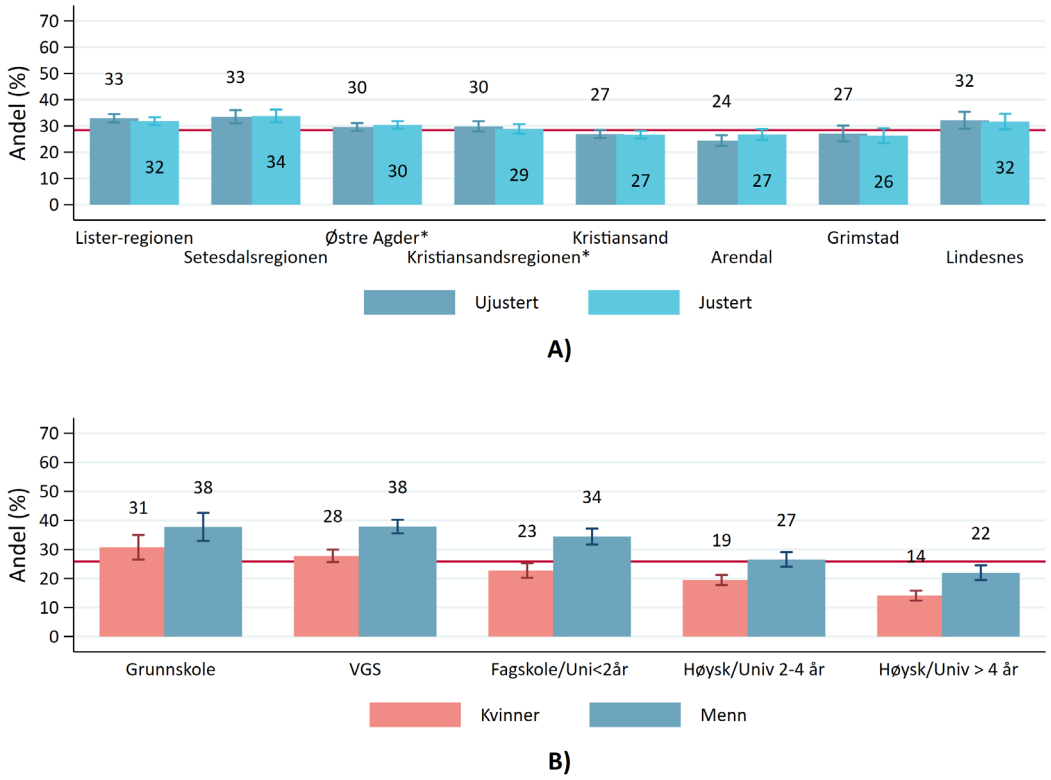
Figur 27C viser andelen fysisk aktive etter kjønn og alder. Figuren viser at andelene er klart høyest i den yngste aldersgruppen. Figuren viser en omvendt U-kurve blant kvinner fra 30-årsalderen, og mer ujevne variasjoner hos menn.

Figur 27D viser andelen fysisk aktive etter i hvilken grad pengene i husholdningen ble vurdert å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det rapporteres å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere andel rapporterte at de er fysisk aktive. Andelen var på 17% (blant kvinner) og 21% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen var 29% (blant kvinner) og 27% (blant menn) blant dem som rapporterte at det er svært enkelt å få husholdningsøkonomien til å strekke til.

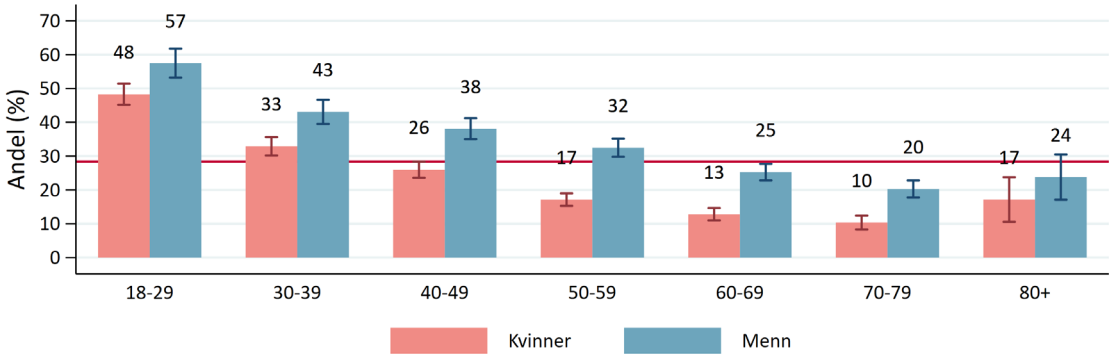
3.28 Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 18447 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **28,4 %** (KI95%: 27,6-29,2). Andelen for kvinner var 24,3 % (n=10280; KI95%: 23,3-25,3) og andelen for menn var 33,4 % (n=8167; KI95%: 32,2-34,7).

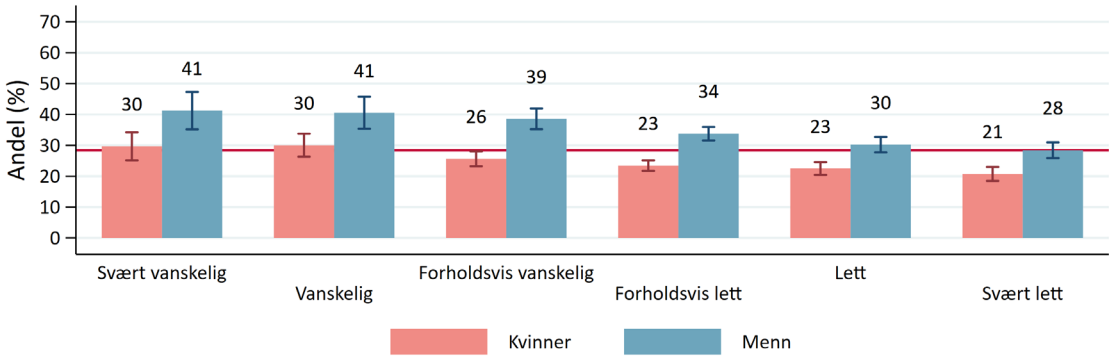
Figur 28: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 28A viser andelen deltakere som rapporterte inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere (heretter kalt jevnlig inntak av sukkerholdig drikk), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 9 prosentpoeng mellom regionene med høyest andel (Lister- og Setesdalsregionen) og regionen med lavest andel (Arendal).

Figur 28B viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med økende utdanningsnivå. I alle utdanningsgruppene var der en høyere andel blant menn enn blant kvinner rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk.

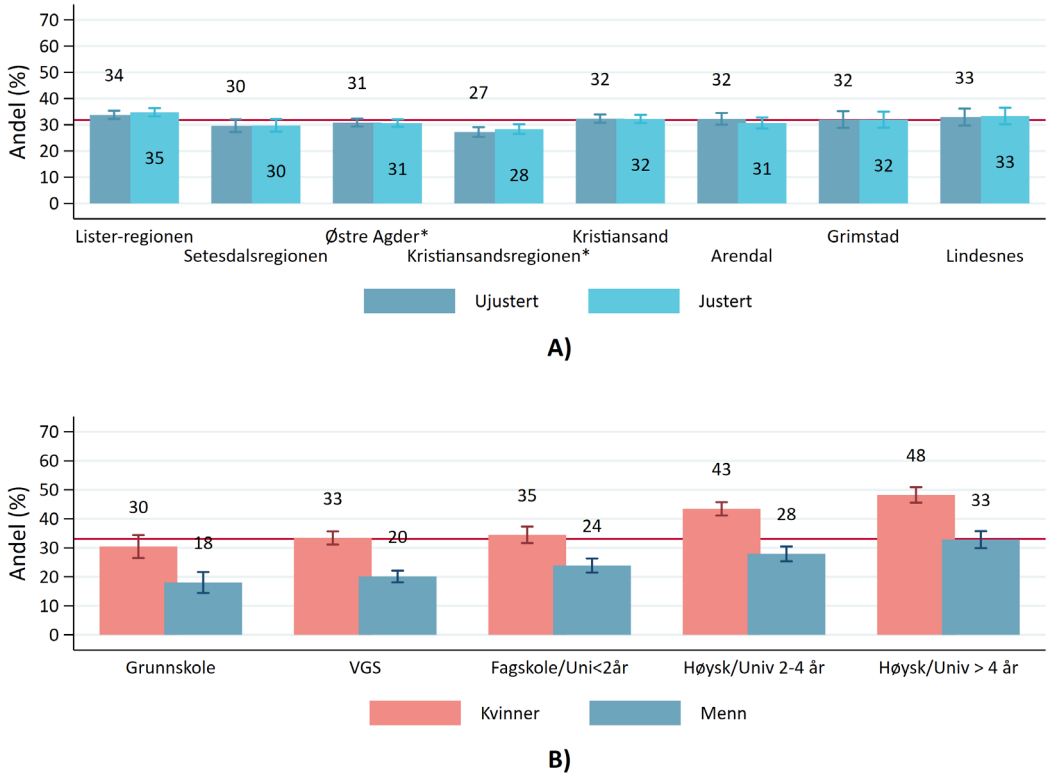
Figur 28C viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk etter kjønn og alder. Figuren viser vesentlige forskjeller mellom aldersgruppene. Andelen sank med stigende alder. Andelen var noe høyere i den eldste aldersgruppen (80 år og eldre), men det lave antallet personer i den eldste aldersgruppen gjør tallene for de eldste usikre. I alle aldersgruppene var der en høyere andel blant menn enn blant kvinner som rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikke, men denne forskjellen er ikke signifikant blant de eldste (80+).

Figur 28D viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk etter i hvilken grad pengene i husholdningen blir vurdert å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det ble oppgitt å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte jevnlig inntak av sukkerholdig drikk. Sammenhengen er forholdsvis svak.

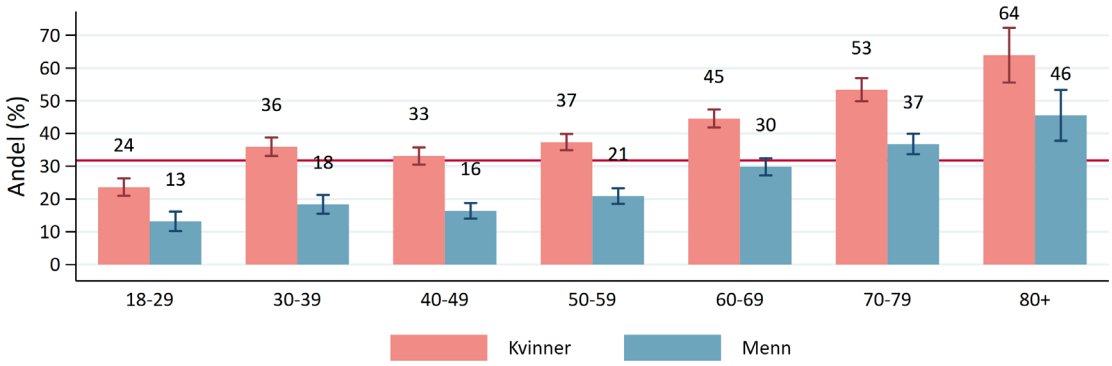
3.29 Daglig inntak av frukt eller bær

Totalt 18364 deltakere av 18517 (99,2 %) hadde gyldig svar på Daglig inntak av frukt eller bær. Andelen for hele utvalget var **31,8 %** (KI95%: 31,0-32,6). Andelen for kvinner var 37,9 % (n=10231; KI95%: 36,7-39,0) og andelen for menn var 24,2 % (n=8133; KI95%: 23,1-25,3).

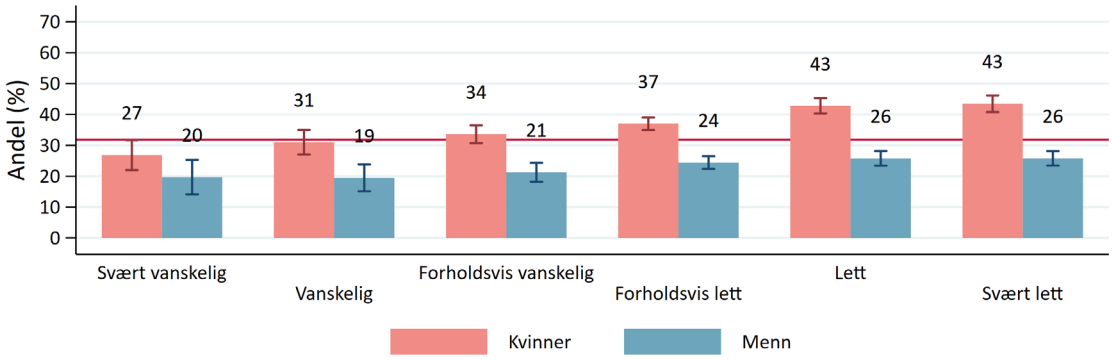
Figur 29: Daglig inntak av frukt eller bær etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 29A viser andelen deltakere som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 7 prosentpoeng mellom regionene. Andelen var høyest i Listerregionen (34%, ujustert) og lavest i Kristiansandsregionen (27%, ujustert).

Figur 29B viser andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen øker med stigende utdanningsnivå. Andelen var vesentlig høyere blant kvinner enn blant menn i alle utdanningsgruppene.

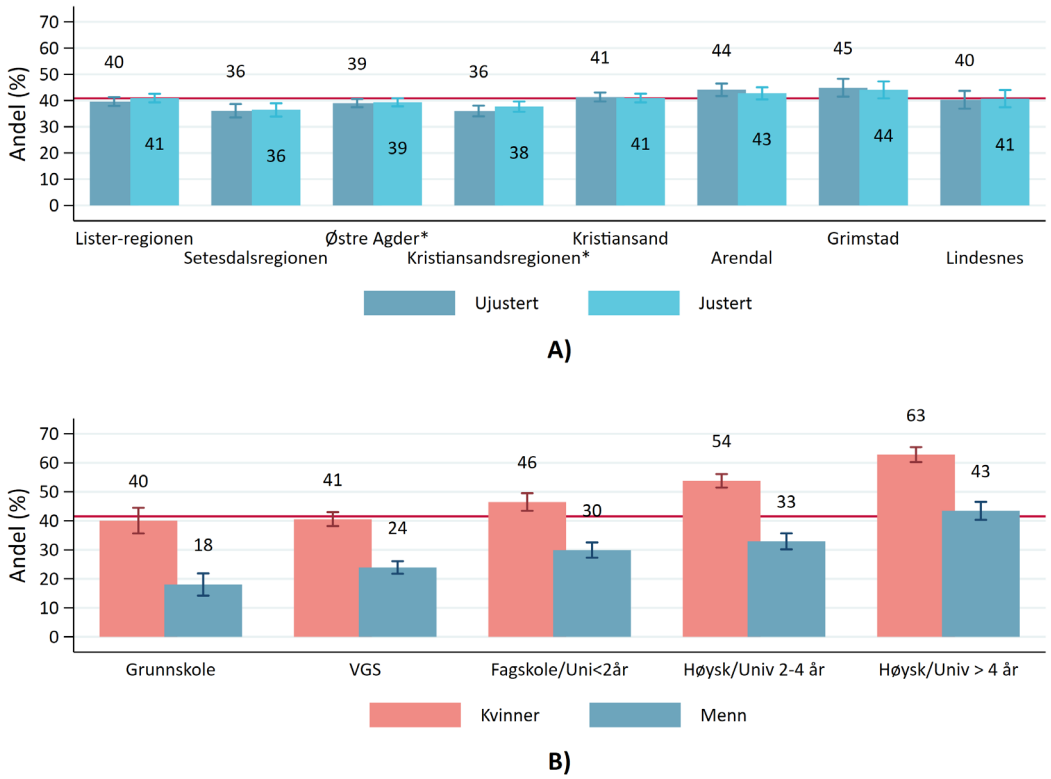
Figur 29C viser andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen stiger sterkt med økende alder.

Figur 29D viser andelen som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær etter i hvilken grad de mente at pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere de rapporterte at det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere andel rapporterte daglig inntak av frukt eller bær. Sammenhengen er tydeligere blant kvinner enn blant menn. Andelen var på 27% (blant kvinner) og 20% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen blant dem som oppgav at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til var på henholdsvis 43% og 26% for kvinner og menn.

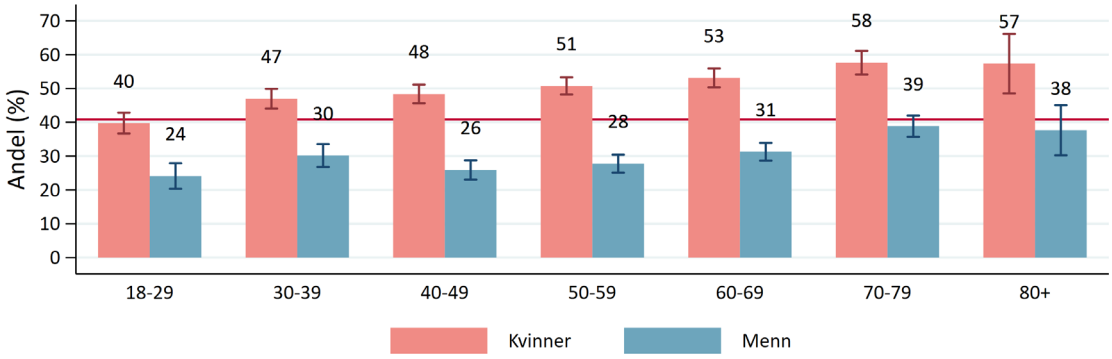
3.30 Daglig inntak av grønnsaker

Totalt 18348 deltakere av 18517 (99,1 %) hadde gyldig svar på Daglig inntak av grønnsaker. Andelen for hele utvalget var **40,8 %** (KI95%: 40,0-41,7). Andelen for kvinner var 49,4 % (n=10216; KI95%: 48,2-50,6) og andelen for menn var 30,2 % (n=8132; KI95%: 29,0-31,5).

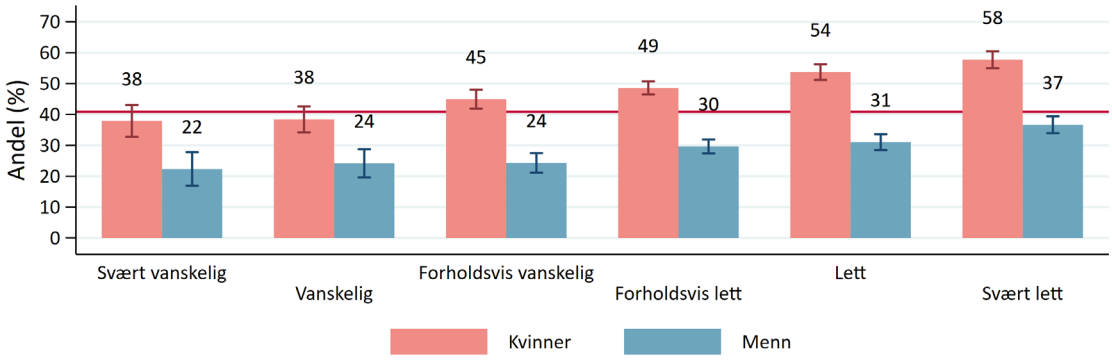
Figur 30: Daglig inntak av grønnsaker etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 30A viser andelen deltakere som rapporterte daglig inntak av grønnsaker, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 9 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Grimstad) og regionen med lavest andel (Kristiansandsregionen).

Figur 30B viser andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsakeretter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen økte med stigende utdanningsnivå. I alle utdanningsgrupper var det en vesentlig høyere andel kvinner enn menn rapporterte daglig inntak av grønnsaker.

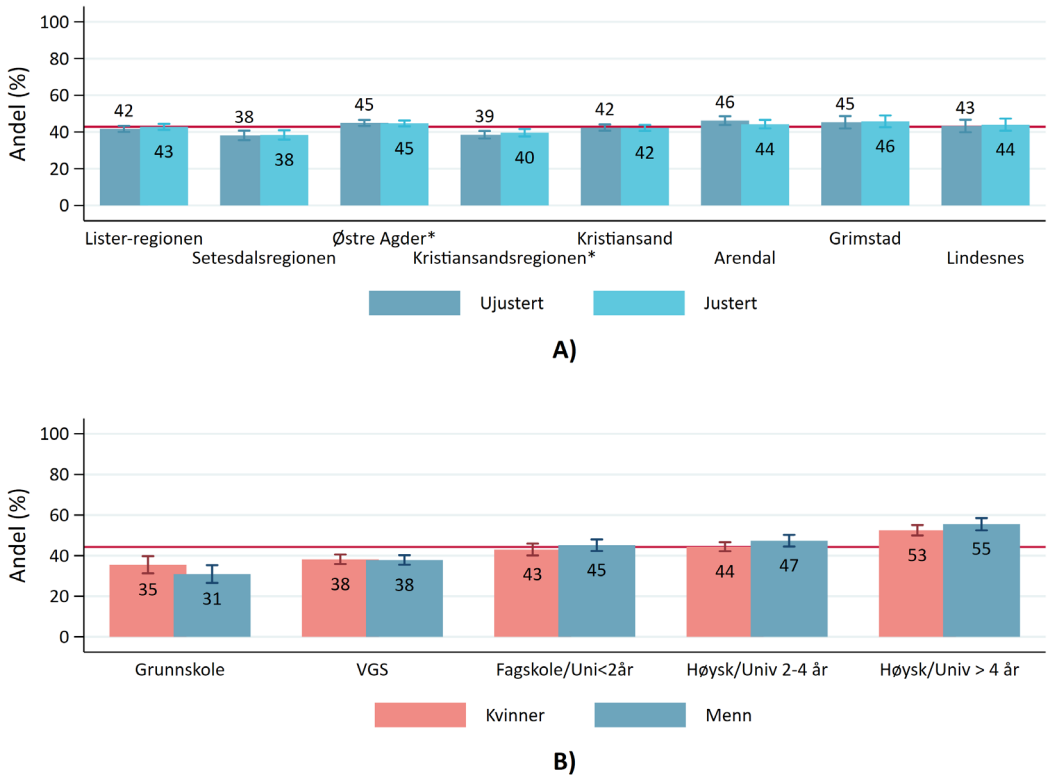
Figur 30C viser andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsaker etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen blant kvinner stiger med økende alder. Andelen blant menn varierte mer ujevnt, men var høyere i de to eldste aldersgruppene (70 år og eldre). Et lavt antall personer i eldste aldersgruppe gjør tallet her noe usikkert.

Figur 30D viser andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsaker etter vurdering av husholdningens økonomi og kjønn. Figuren viser at jo lettere de mente det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere andel rapporterte daglig inntak av grønnsaker. Andelen var på 38% (blant kvinner) og 22% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen som rapporterte daglig inntak av grønnsaker blant de som oppgav at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til var på henholdsvis 58% og 37% for kvinner og menn.

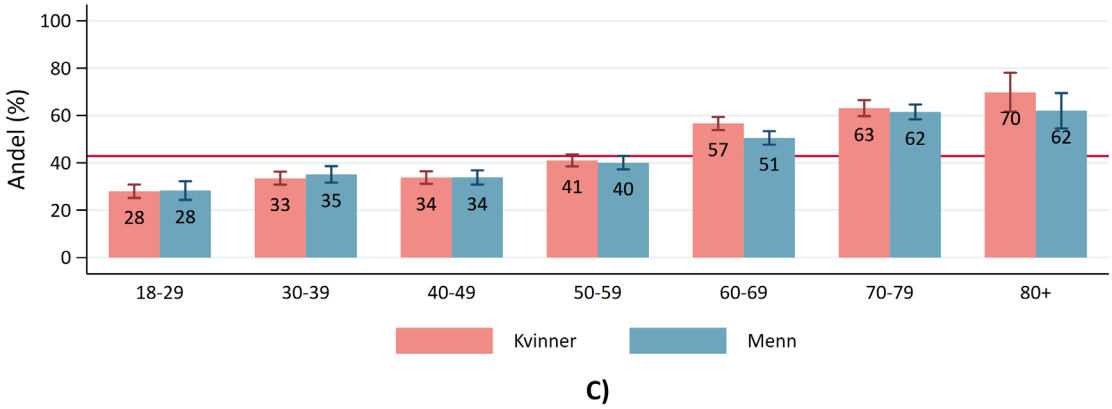
3.31 Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 18379 deltakere av 18517 (99,3 %) hadde gyldig svar på Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **42,9 %** (KI95%: 42,0-43,7). Andelen for kvinner var 42,3 % (n=10230; KI95%: 41,1-43,4) og andelen for menn var 43,6 % (n=8149; KI95%: 42,3-44,9).

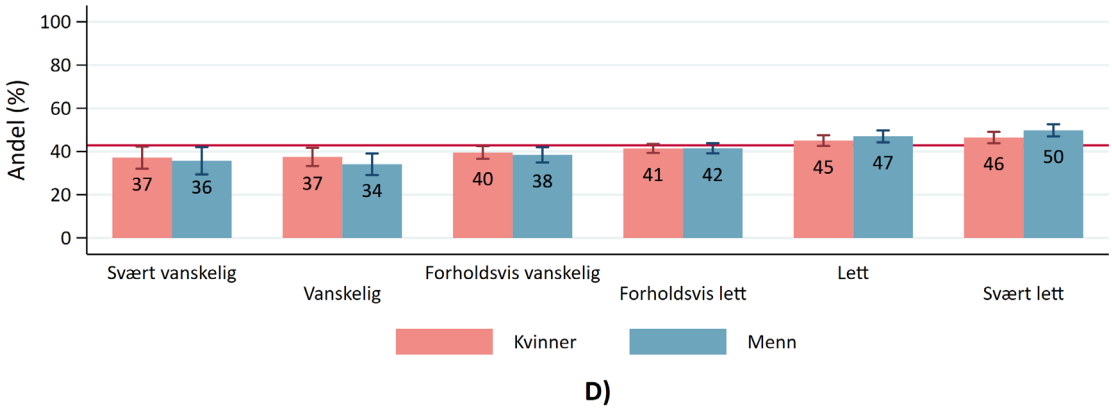
Figur 31: Fisk 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 31A viser andelen deltakere som rapporterte inntak av fisk 2-3 ganger i uken eller oftere (heretter kalt jevnlig inntak av fisk), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 8 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Arendal) og regionen med lavest andel (Setesdalsregionen).

Figur 31B viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av fisk etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen øker med stigende utdanningsnivå.

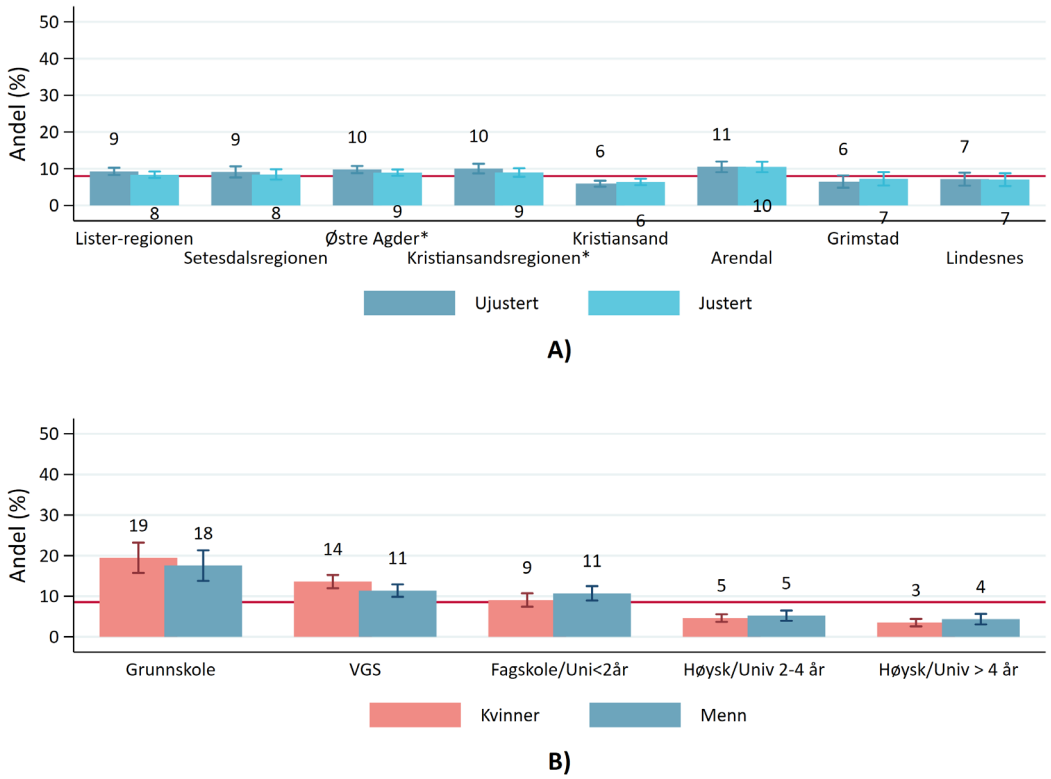
Figur 31C viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av fisk etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen øker med stigende alder. Stigningen var størst mellom aldersgruppene 50-59 år og 60-69 år.

Figur 31D viser andelen som rapporterte jevnlig inntak av fisk etter i hvilken grad pengene i husholdningen ble vurdert å strekke til og kjønn. Figuren viser overordnet at jo lettere det oppleves å være er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere andel rapporterte jevnlig inntak av fisk. Andelen var på 37% (blant kvinner) og 36% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen blant dem som oppgav at det er svært enkelt å få husholdningsøkonomien til å strekke til, var på henholdsvis 46% og 50% for kvinner og menn.

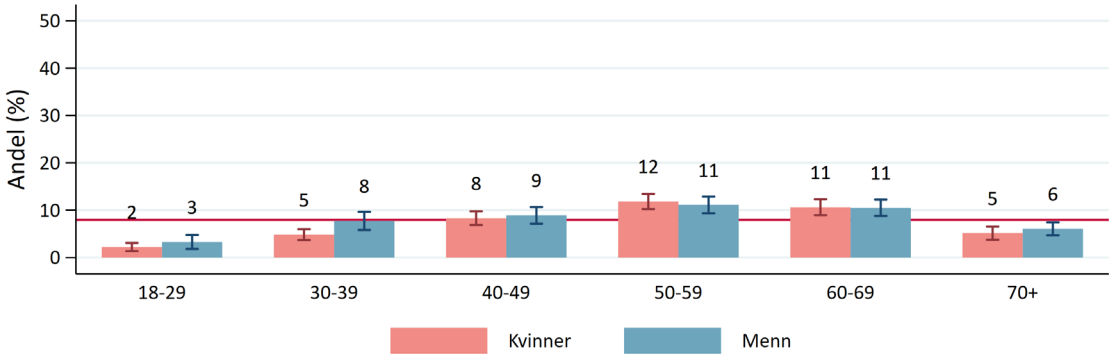
3.32 Daglig røyking

Totalt 18437 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på Daglig røyking. Andelen for hele utvalget var **8,0 %** (KI95%: 7,5- 8,4). Andelen for kvinner var 7,6 % (n=10277; KI95%: 7,0- 8,2) og andelen for menn var 8,5 % (n=8160; KI95%: 7,7- 9,2).

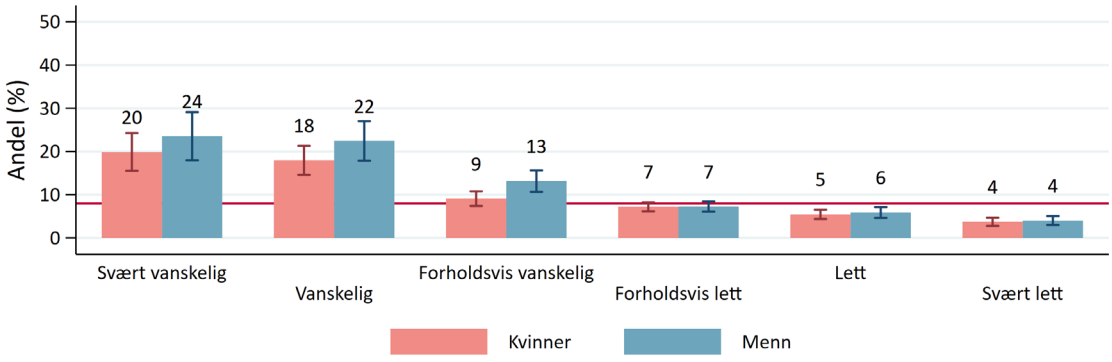
Figur 32: Daglig røyking etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 32A viser andelen deltakere som rapporterte daglig røyking, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 5 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Arendal) og regionene med lavest andel (Kristiansand og Grimstad).

Figur 32B viser andelen som rapporterte daglig røyking etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at andelen synker med stigende utdanningsnivå.

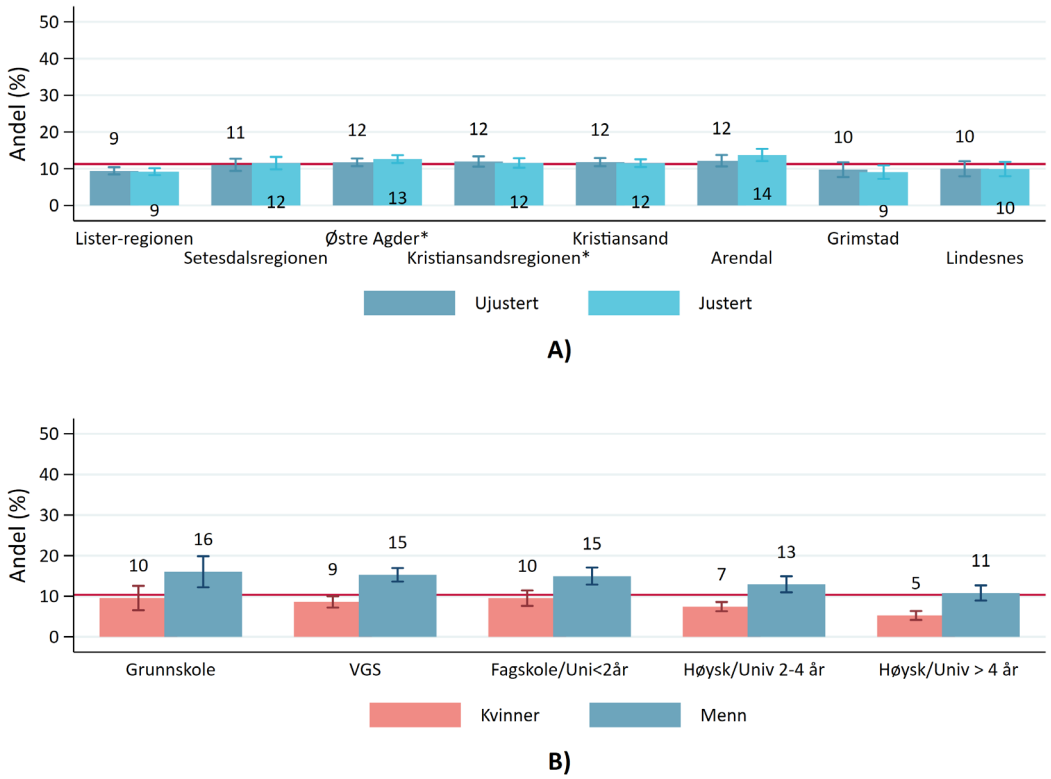
Figur 32C viser andelen som rapporterte daglig røyking etter kjønn og alder. Figuren viser en omvendt U-kurve med stigende alder. Andelen var høyest i aldersgruppen 50-69 år.

Figur 32D viser andelen som rapporterte daglig røyking, etter i hvilken grad det ble rapportert at pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det oppleves å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte daglig røyking. Andelen var på 20% (blant kvinner) og 24% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelen blant dem som oppgav at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til, var på 4% for begge kjønn.

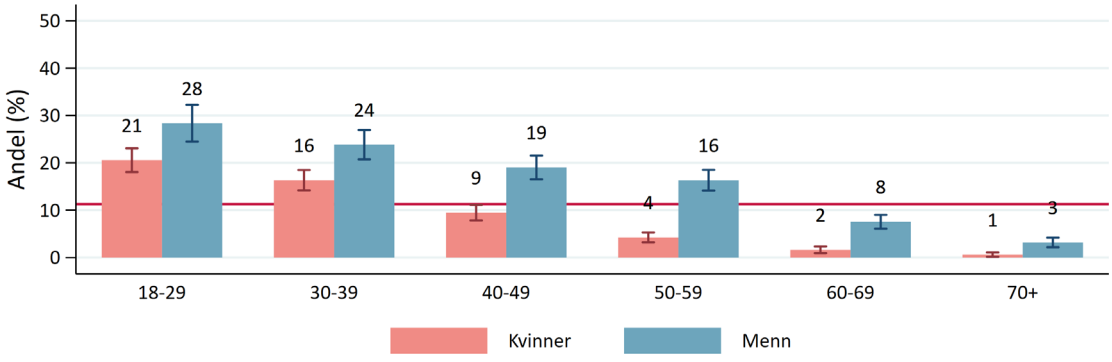
3.33 Daglig snusing

Totalt 18406 deltakere av 18517 (99,4 %) hadde gyldig svar på Daglig snusing. Andelen for hele utvalget var **11,3 %** (KI95%: 10,7-11,8). Andelen for kvinner var 8,6 % (n=10260; KI95%: 8,0-9,3) og andelen for menn var 14,6 % (n=8146; KI95%: 13,6-15,5).

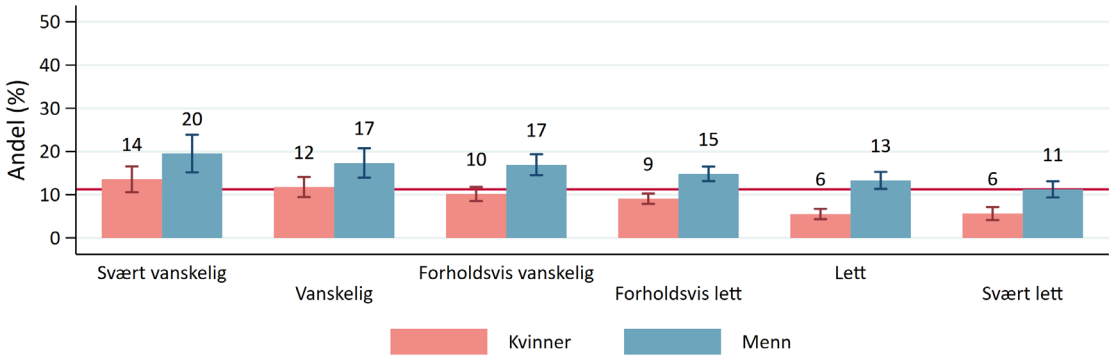
Figur 33: Daglig snusing etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 33A viser andelen deltakere som rapporterte daglig snusing, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 3 prosentpoeng mellom regionene med høyest andel og regionen med lavest andel (Listerregionen).

Figur 33B viser andelen som rapporterte daglig snusing etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at forskjellene mellom de ulike utdanningsnivåene var jevnt over uvesentlige. Andelen var noe lavere for dem med høyskole- og universitetsutdanning på 4 år eller mer. I alle aldersgruppene var det en høyere andel menn enn kvinner rapporterte daglig snusing.

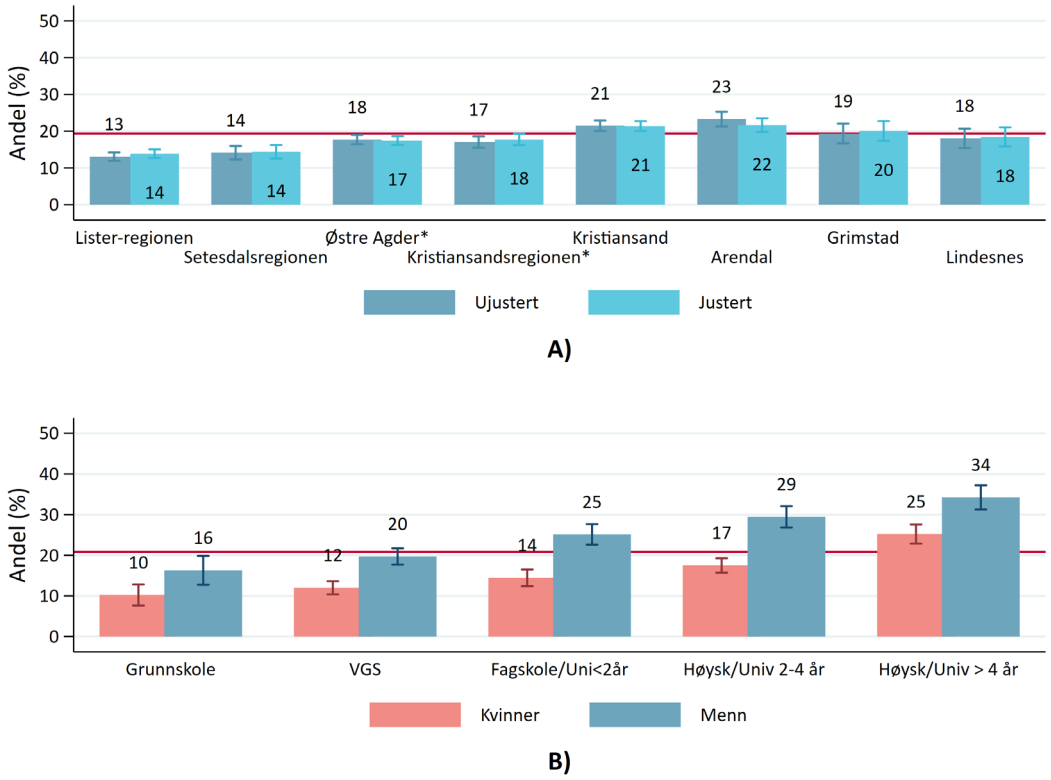
Figur 33C viser andelen som rapporterte daglig snusing etter kjønn og alder. Figuren viser at andelen som rapporterte daglig snusing var høyest i de yngste aldersgruppene, og sank vesentlig med stigende alder.

Figur 33D viser andelen som rapporterte daglig snusing, etter i hvilken grad de mente pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser, om enn i mindre grad enn ved røyking, at jo lettere de oppgav at det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere andel rapporterte daglig snusing. Andelen var på 14% (blant kvinner) og 20% (blant menn) blant dem som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til. Andelene blant dem som oppgav at det er svært lett å få husholdningsøkonomien til å strekke til var på henholdsvis 6% og 11% for kvinner og menn.

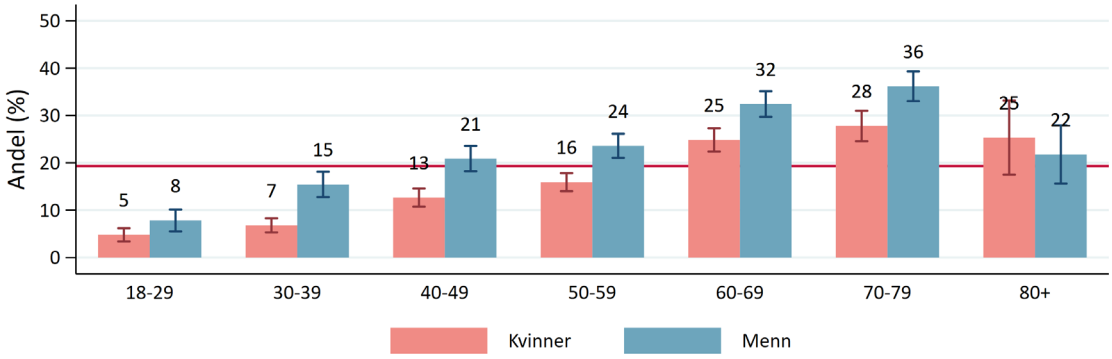
3.34 Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere

Totalt 18387 deltakere av 18517 (99,3 %) hadde gyldig svar på Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Andelen for hele utvalget var **19,3 %** (KI95%: 18,6-20,0). Andelen for kvinner var 15,2 % (n=10249; KI95%: 14,4-16,1) og andelen for menn var 24,4 % (n=8138; KI95%: 23,3-25,5).

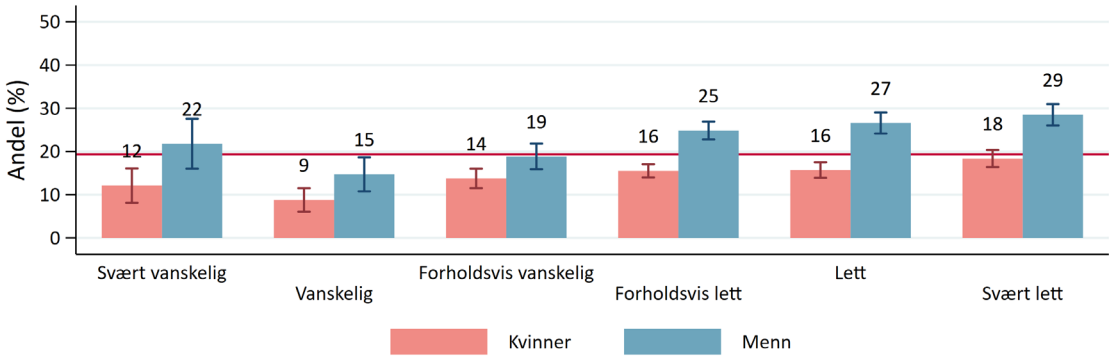
Figur 34: Drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 34A viser andelen deltakere som rapporterte at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere (heretter kalt hyppig alkoholinntak), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 10 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Arendal) og regionen med lavest andel (Listerregionen).

Figur 34B viser andelen som rapporterte hyppig alkoholinntak etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto større andel rapporterte hyppig alkoholinntak. En høyere andel menn enn kvinner rapporterte hyppig alkoholinntak innenfor hvert utdanningsnivå.

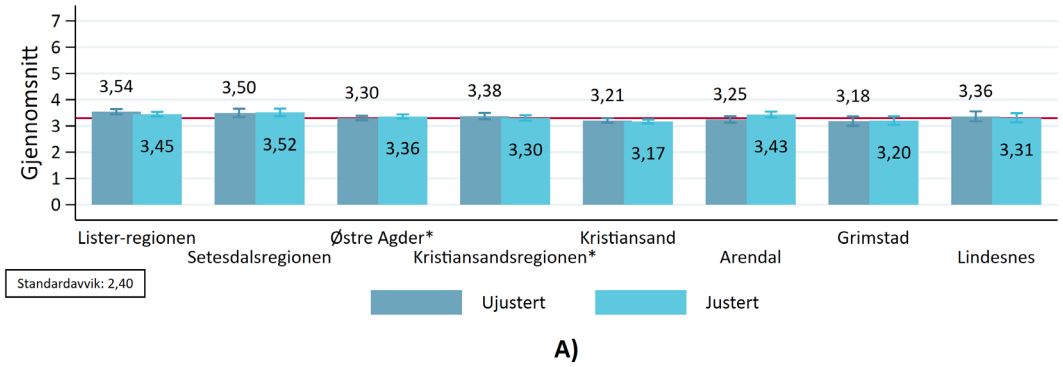
Figur 34C viser andelen som rapporterte hyppig alkoholinntak etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere andel rapporterte hyppig alkoholinntak. Unntaket var aldersgruppen over 80 år, hvor andelen menn som rapporterte at de hadde et hyppig alkoholinntak var lavere enn i aldersgruppen 70-79 år.

Figur 34D viser andelen som rapporterte hyppig alkoholinntak etter i hvilken grad de mente pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser overordnet at jo lettere de rapporterte at det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere andel rapporterte hyppig alkoholinntak.

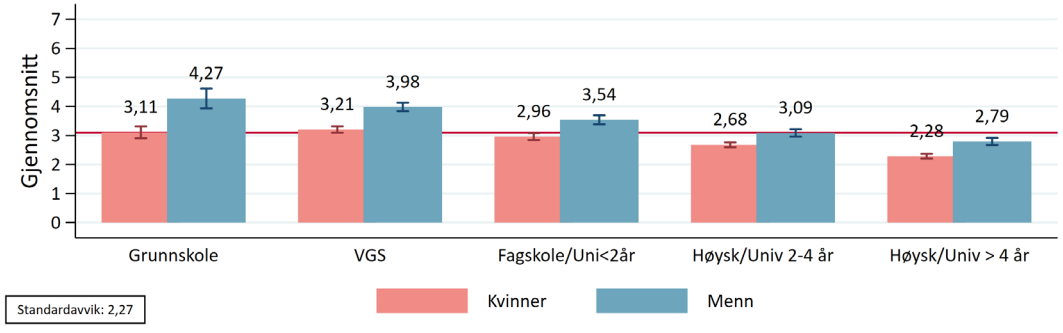
3.35 Alkoholenheter per gang

Totalt 15275 deltakere av 18517 (82,5 %) hadde gyldig svar på Alkoholenheter per gang. Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,29** (KI95%: 3,25-3,34). Gjennomsnittet for kvinner var 3,00 (n=8333; KI95%: 2,95-3,05) og gjennomsnittet for menn var 3,64 (n=6942; KI95%: 3,56-3,71).

Figur 35: Alkoholenheter per gang etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

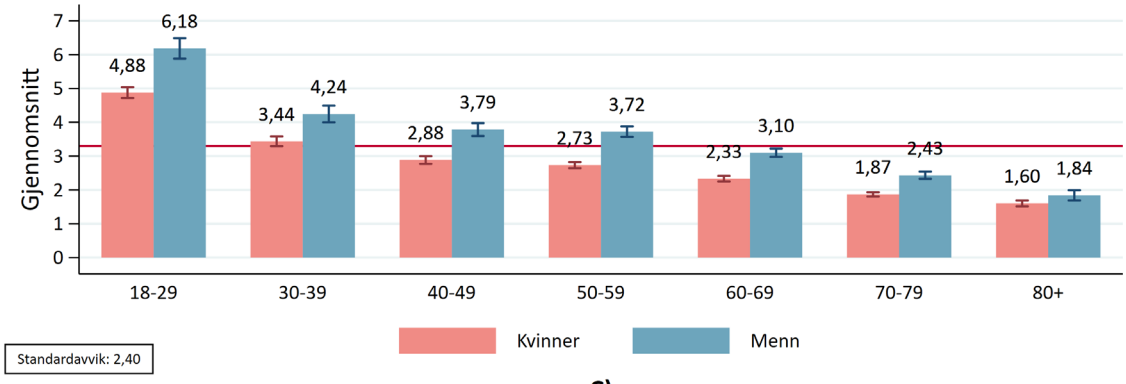


A)

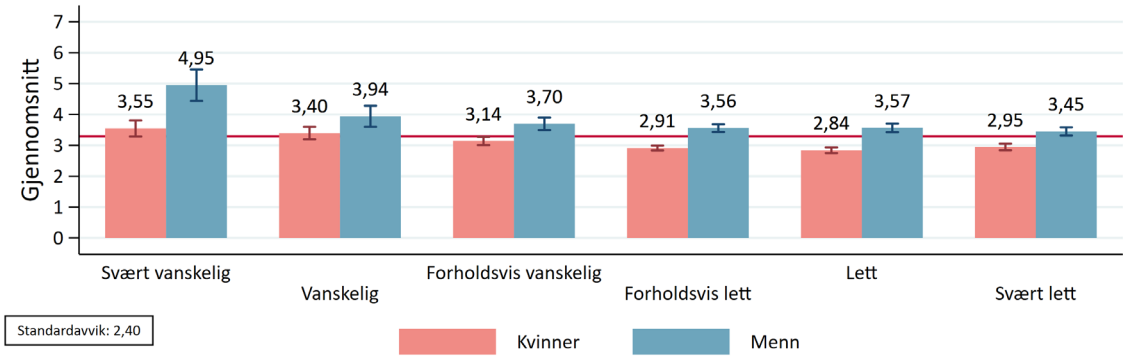


B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

I spørreskjemaet som ble benyttet i denne undersøkelsen defineres en alkoholenhet som tilsvarende én liten flaske øl, ett glass vin eller én drink.

Figur 35A viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang man drikker, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med høyest og regionen med lavest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,15 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 35B viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang man drikker etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto lavere antall alkoholenheter per gang. Menn rapporterte høyere gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang enn kvinner i alle utdanningsgruppene. Differansen mellom de med lavest og de med høyest utdannelse tilsvarer en Cohens *d* på 0,35 for kvinner og 0,62 for menn, som i vår sammenheng kan tolkes som en middels stor og en stor effektstørrelse.

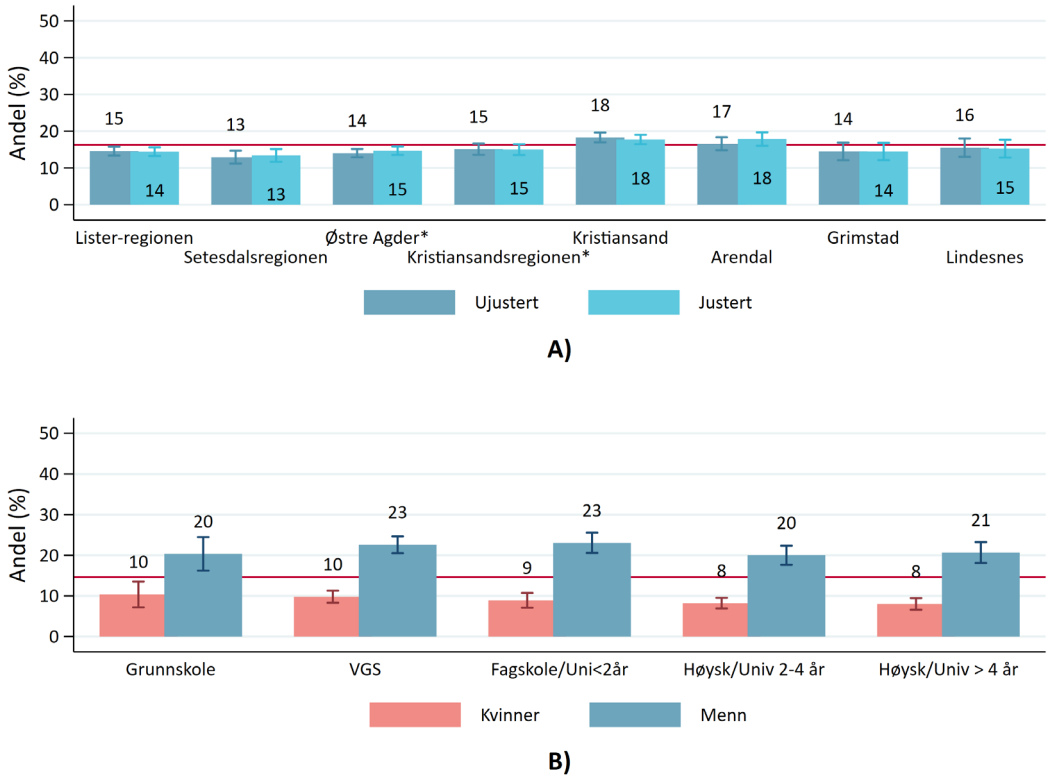
Figur 35C viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang man drikker etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto lavere gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang. Antall alkoholenheter per gang var høyest for begge kjønn i den yngste aldersgruppen (18-29 år). Differansen mellom de yngste og de eldste tilsvarer en Cohens *d* på 1,37 for kvinner og 1,81 for menn, som begge kan tolkes som svært store effektstørrelser.

Figur 35D viser gjennomsnittlig antall alkoholenheter per gang man drikker etter i hvilken grad man mente pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man rapporterte at det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere antall alkoholenheter per gang. Menn som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsøkonomien til å strekke til, rapporterte vesentlig høyere antall alkoholenheter per gang enn de andre gruppene. Differansen mellom yttergruppene tilsvarer en Cohens *d* på 0,25 (middels) for kvinner og 0,63 (stor) for menn.

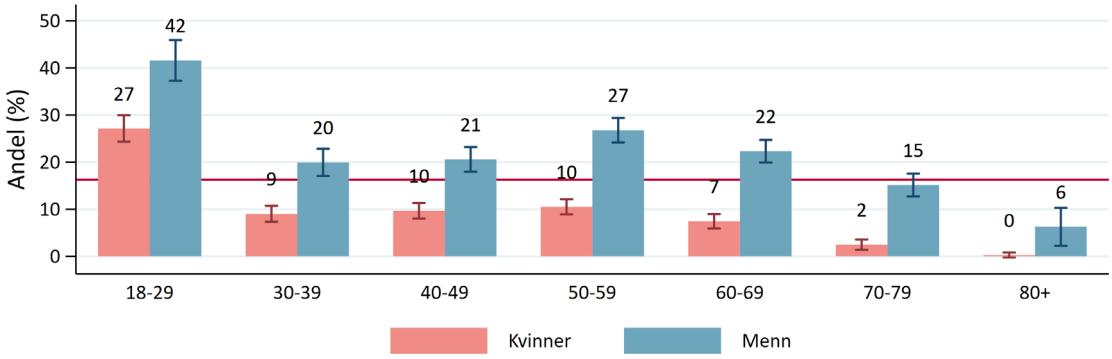
3.36 Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere

Totalt 18271 deltakere av 18517 (98,7 %) hadde gyldig svar på Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere. Andelen for hele utvalget var **16,3 %** (KI95%: 15,6-16,9). Andelen for kvinner var 11,0 % (n=10184; KI95%: 10,2-11,7) og andelen for menn var 22,8 % (n=8087; KI95%: 21,7-23,9).

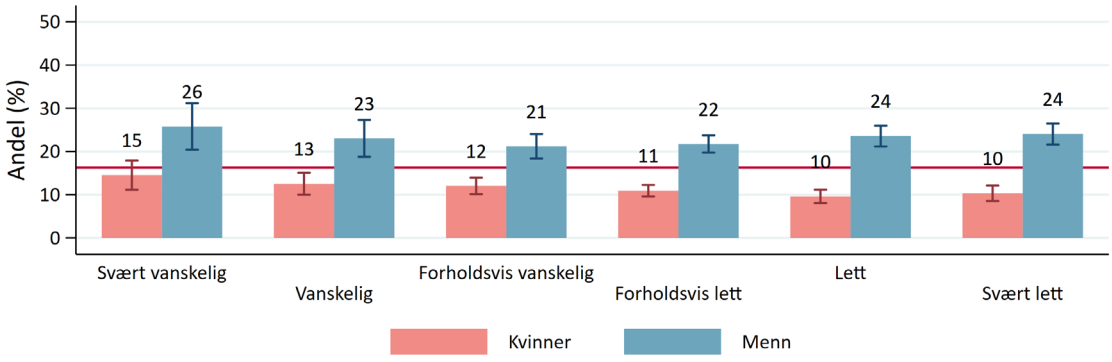
Figur 36: Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C) og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 36A viser andelen deltakere som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere, fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser andelen for fylket som helhet. Figuren viser en forskjell på 5 prosentpoeng mellom regionen med høyest andel (Kristiansand) og regionen med lavest andel (Setesdalsregionen).

Figur 36B viser andelen som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser ingen vesentlige forskjeller mellom utdanningsnivå. Andelen var vesentlig høyere blant menn enn blant kvinner i alle utdanningsgruppene.

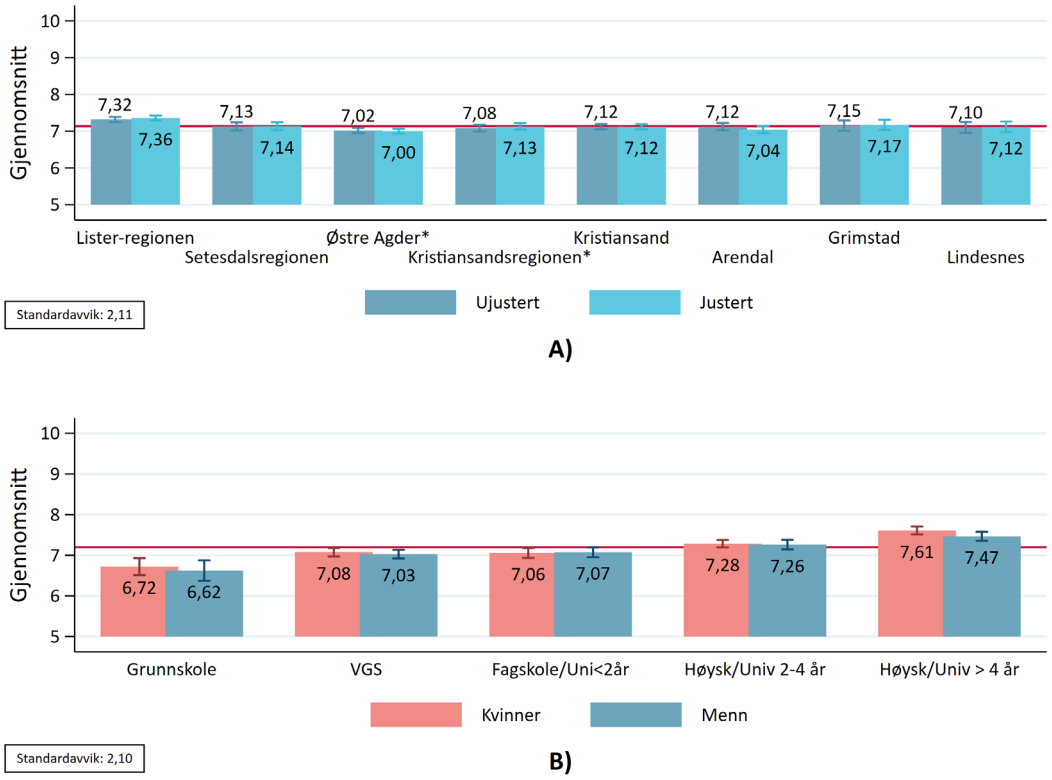
Figur 36C viser andelen som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere etter kjønn og alder. Figuren viser at den yngste gruppen skiller seg ut med høyest andel for begge kjønn. Utover dette viser den at andelen holdt seg jevn for menn frem til 70-79 årsalderen, med en topp i aldersgruppen 50-59 år. Også blant kvinnene var andelen jevn frem til 60-69 årsalderen, for deretter å avta.

Figur 36D viser andelen som rapporterte episodisk høyt alkoholforbruk månedlig eller oftere, etter i hvilken grad de rapporterte at pengene i husholdningen strekker til, separat for menn og kvinner. Figuren viser ingen store forskjeller.

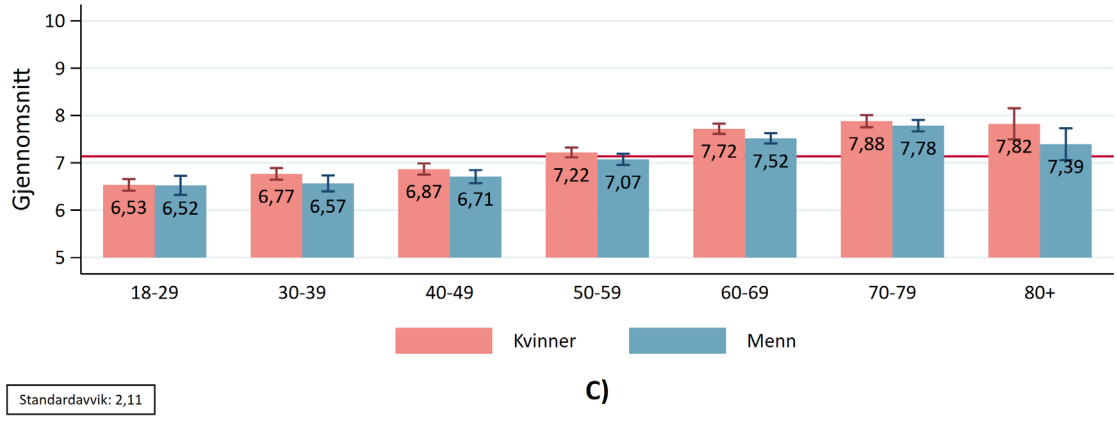
3.37 Tilfredshet med livet

Totalt 18445 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på Tilfredshet med livet (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,14** (KI95%: 7,10-7,17). Gjennomsnittet for kvinner var 7,16 (n=10277; KI95%: 7,11-7,20) og gjennomsnittet for menn var 7,11 (n=8168; KI95%: 7,05-7,17).

Figur 37: Tilfredshet med livet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

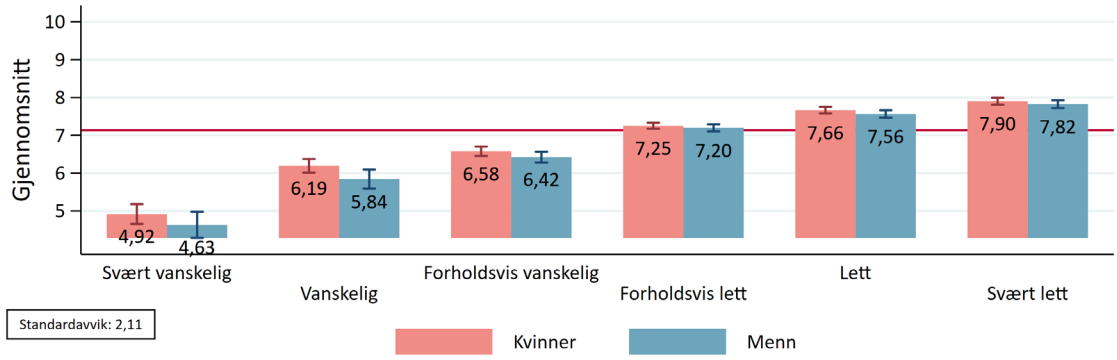


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 2,11

C)



Standardavvik: 2,11

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 37A viser gjennomsnittsskår på Tilfredshet med livet (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med høyest og regionen med lavest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,14 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 5 angir lav tilfredshet, 6 til 8 middels og fra 9 til 10 høy tilfredshet. Med denne grupperingen ser vi at 19,3 % (95 % KI 18,6-20,0 %) oppgav lav tilfredshet i fylket som helhet. Andelen for kvinner var 19,4 % (95 % KI 18,5-20,3) og andelen for menn var 19,2 % (95 % KI 18,2 – 20,2). Andelen med høy tilfredshet (9-10) er 26,0 % (95 % KI 25,2 – 26,8) i fylket som helhet, 26,3 % (95 % KI 25,3 – 27,4) blant kvinner og 25,6 % (95 % KI 24,4 – 26,7) blant menn.

Figur 37B viser gjennomsnittsskår på Tilfredshet med livet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittlig skår på Tilfredshet med livet. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,42 for kvinner og 0,40 for menn, som begge kan tolkes som middels store effektstørrelser.

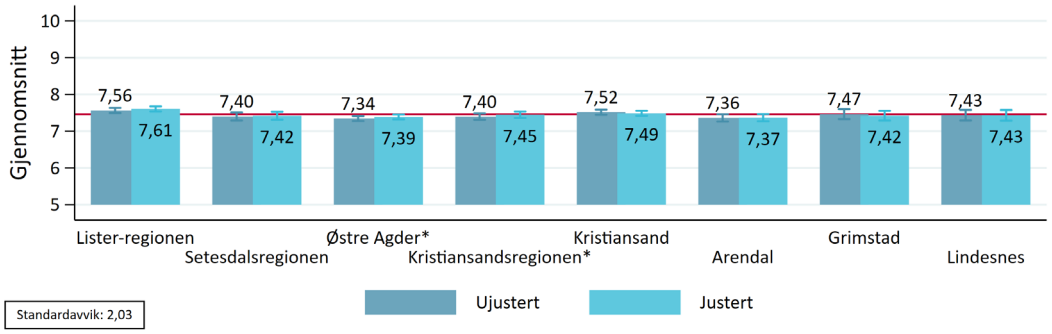
Figur 37C viser gjennomsnittsskår på Tilfredshet med livet etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere tilfredshet med livet ble rapportert, til og med 70-79 årsalderen. Gjennomsnittsskåren er noe lavere, men ikke signifikant lavere, for menn i aldersgruppen over 80 år. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,61 for kvinner og 0,41 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en stor og en middels effektstørrelse.

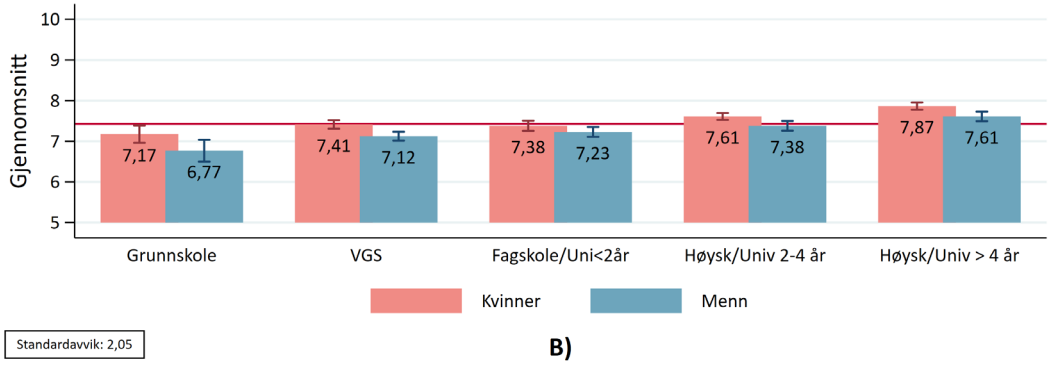
Figur 37D viser gjennomsnittsskår på Tilfredshet med livet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det rapporteres å være å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på tilfredshet med livet. Differansen mellom yttergruppene tilsvarer en Cohens *d* på 1,41 for kvinner og 1,51 for menn, som begge kan tolkes som svært store effektstørrelser.

3.38 Fremtidsoptimisme

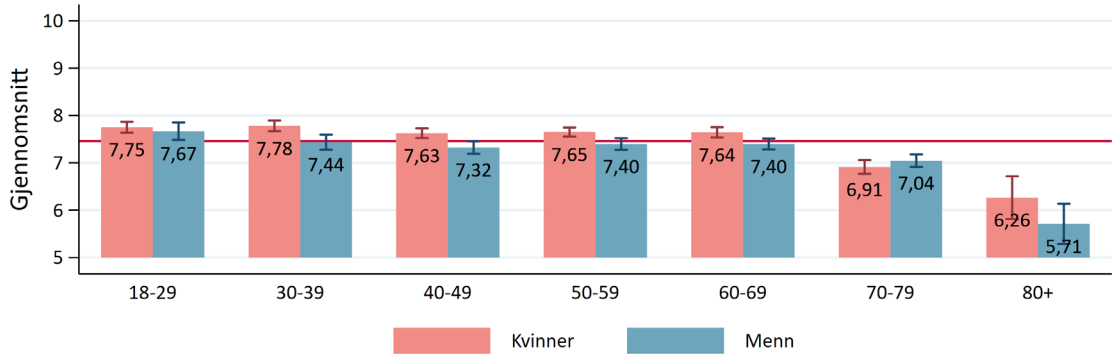
Totalt 18248 deltakere av 18517 (98,5 %) hadde gyldig svar på Fremtidsoptimisme (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,46** (KI95%: 7,42-7,49). Gjennomsnittet for kvinner var 7,58 (n=10148; KI95%: 7,53-7,62) og gjennomsnittet for menn var 7,31 (n=8100; KI95%: 7,26-7,37).

Figur 38: Fremtidsoptimisme etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



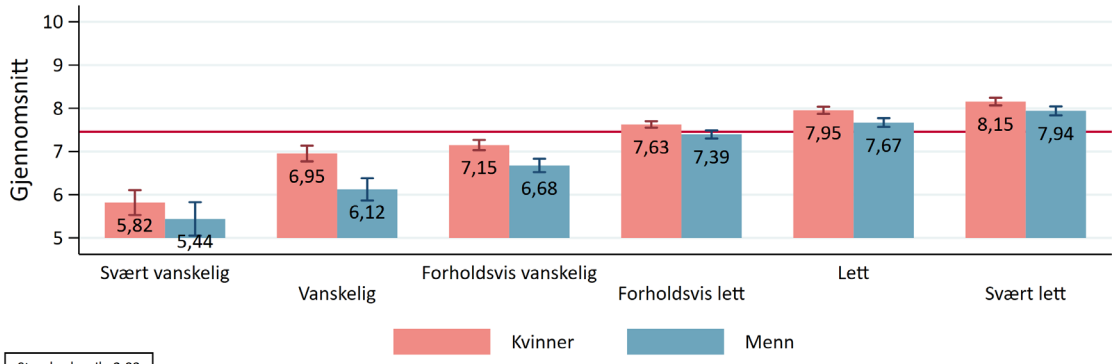


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 2,03

C)



Standardavvik: 2,03

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 38A viser gjennomsnittsskår på Fremtidsoptimisme (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med lavest og regionen med høyest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,11 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 5 angir lav optimisme, 6 til 8 middels optimisme og fra 9 til 10 høy optimisme. Med denne grupperingen ser vi at 16,3 % (95 % KI 15,6-17,0) oppgav lav optimisme i fylket som helhet. Andelen for kvinner var 14,3 % (95 % KI 13,5-15,1) og andelen for menn var 18,8 % (95 % KI 17,8-19,9). Andelen med høy optimisme (9-10) er 32,0% (95 % KI 31,2-32,8) i fylket som helhet, 33,3 % (95 % KI 32,2-34,5) blant kvinner og 30,4 % (95 % KI 29,2-31,6) blant menn.

Figur 38B viser gjennomsnittsskår på Fremtidsoptimisme etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto større fremtidsoptimisme. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer imidlertid en Cohens *d* på 0,34 for kvinner og 0,41 for menn, som begge kan tolkes som middels effektstørrelser.

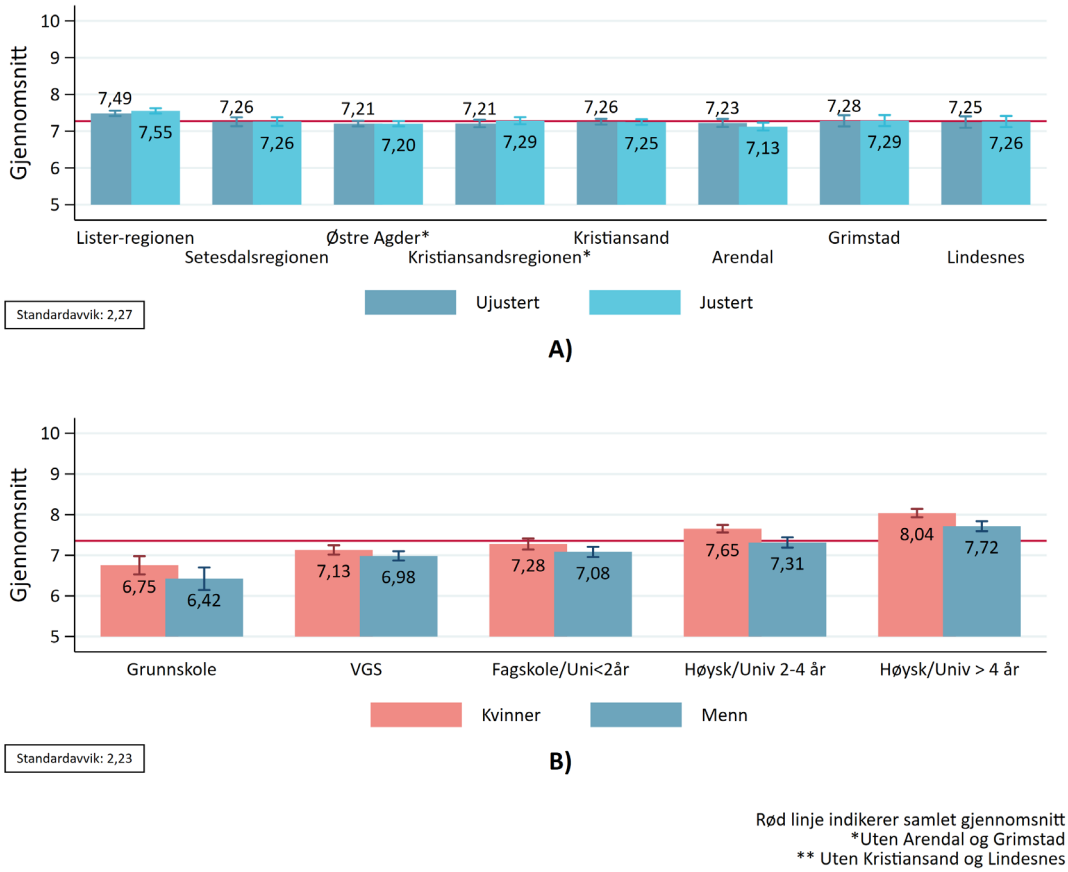
Figur 38C viser gjennomsnittsskår på Fremtidsoptimisme etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto mindre Fremtidsoptimisme rapporteres. Gjennomsnittsskårene synker trinnvis. Først ved overgangen til 40-årene, deretter betraktelig ved overgangen til 70- og 80-årene. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,73 for kvinner og 0,97 for menn, som begge kan tolkes som sterke effektstørrelser. Kvinner rapporterte mer fremtidsoptimisme enn menn i aldersspennet 30-69 år.

Figur 38D viser gjennomsnittsskår på Fremtidsoptimisme, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mente det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på fremtidsoptimisme. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig, tilsvarer en Cohens *d* på 1,15 for kvinner og 1,23 for menn, som begge kan tolkes som svært store effektstørrelser.

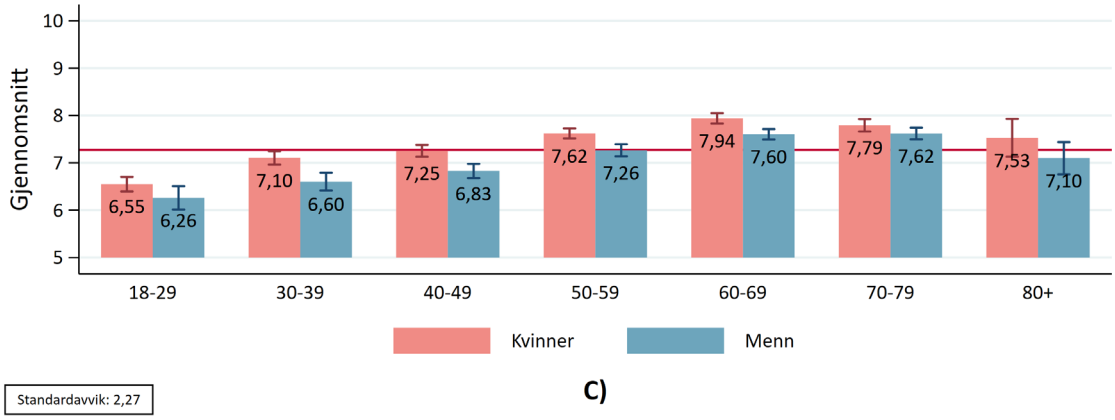
3.39 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 18352 deltakere av 18517 (99,1 %) hadde gyldig svar på Det man gjør i livet er meningsfylt (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,27** (KI95%: 7,23-7,31). Gjennomsnittet for kvinner var 7,39 (n=10232; KI95%: 7,33-7,44) og gjennomsnittet for menn var 7,13 (n=8120; KI95%: 7,07-7,19).

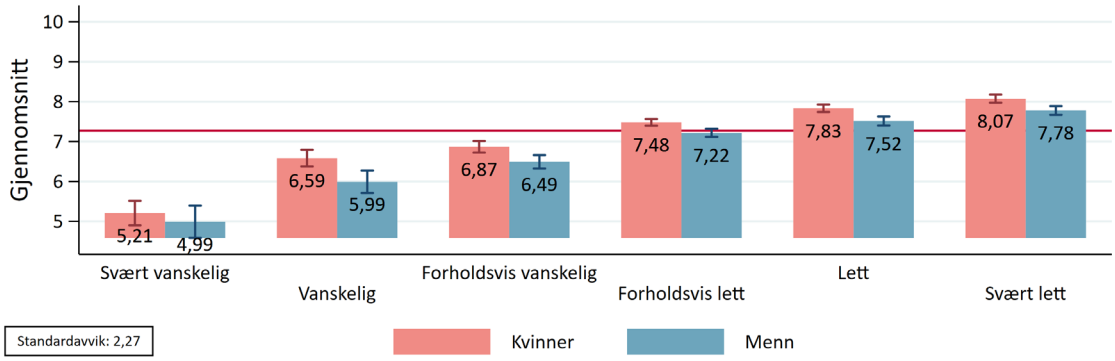
Figur 39: Det man gjør i livet er meningsfylt etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 39A viser gjennomsnittsskår på at Det man gjør i livet er meningsfylt (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med lavest og regionen med høyest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,12 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 39B viser gjennomsnittsskår på at Det man gjør i livet er meningsfylt etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittsskår. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,57 for kvinner og 0,57 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser. Kvinner oppnådde jevnt over høyere gjennomsnittsskår enn menn.

Figur 39C viser gjennomsnittsskår på at Det man gjør i livet er meningsfylt etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår, frem til 60-69 årsalderen. Gjennomsnittsskårene synker litt igjen for de to eldste aldersgruppene. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,43 for kvinner og 0,37 for menn, som begge kan tolkes som middels store effektstørrelser. Kvinner har jevnt over litt høyere gjennomsnittsskår enn menn.

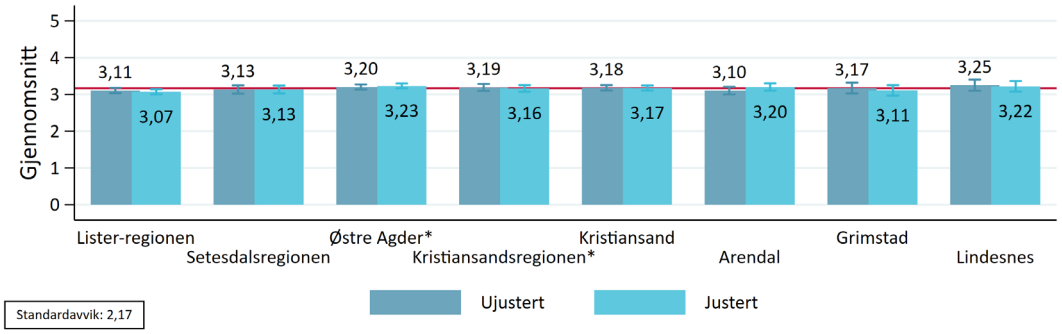
Høyest skår på Livet er meningsfylt finner vi i aldersgruppen 60-69 for kvinner og 70-79 for menn. Når vi sammenligner med yngste aldersgruppene tilsvarer forskjellene her Cohens *d*-verdier på 0,61 for kvinner og 0,60 for menn, med andre ord høye effektstørrelser.

Figur 39D viser gjennomsnittsskår på at Det man gjør i livet er meningsfylt, etter i hvilken grad man mente husholdningens penger strekker til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mente det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Det man gjør i livet er meningsfylt. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til tilsvarer en Cohens *d* på 1,26 for kvinner og 1,23 for menn, som begge kan tolkes som svært store effektstørrelser.

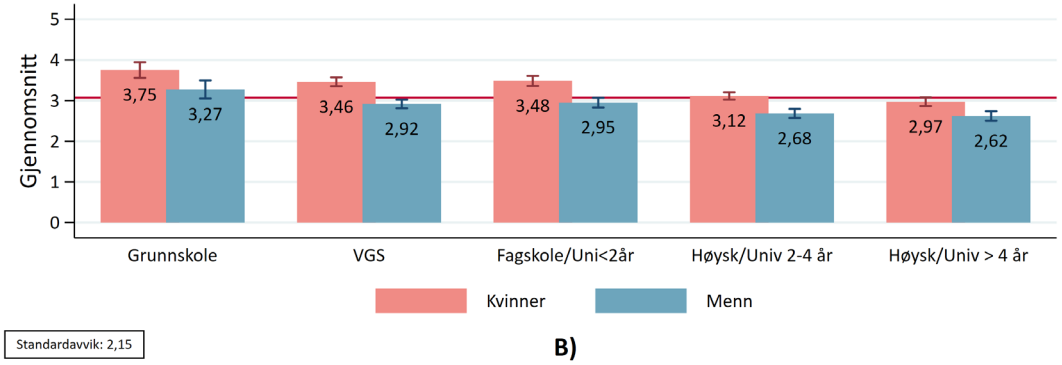
3.40 Negative følelser siste 7 dager

Totalt 18488 deltakere av 18517 (99,8 %) hadde gyldig svar på Negative følelser siste 7 dager (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **3,17** (KI95%: 3,13-3,20). Gjennomsnittet for kvinner var 3,40 (n=10302; KI95%: 3,35-3,45) og gjennomsnittet for menn var 2,87 (n=8186; KI95%: 2,82-2,93).

Figur 40: Negative følelser siste 7 dager etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

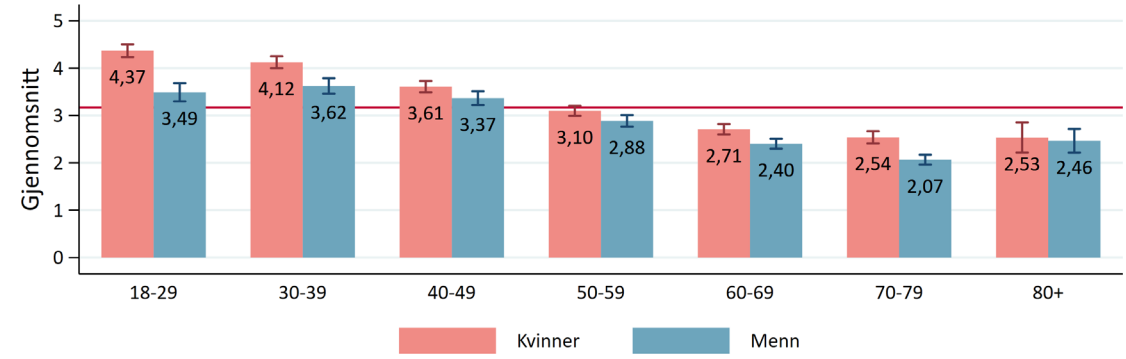


A)



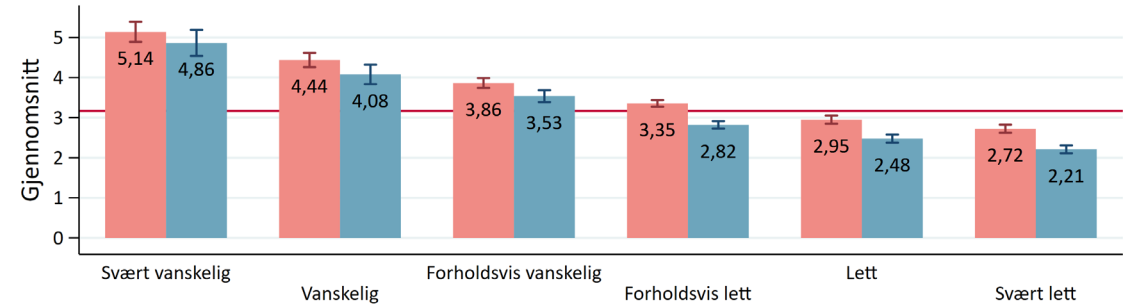
B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 2,17

C)



Standardavvik: 2,17

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 40A viser gjennomsnittsskår på Negative følelser siste 7 dager (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med lavest og regionen med høyest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,07 som kan tolkes som en uvesentlig effektstørrelse.

Figur 40B viser gjennomsnittsskår på Negative følelser siste 7 dager etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto lavere gjennomsnittsskår på Negative følelser. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,36 for kvinner og 0,30 for menn, som begge kan tolkes som middels store effektstørrelser. Kvinner hadde jevnt over høyere gjennomsnittsskår enn menn.

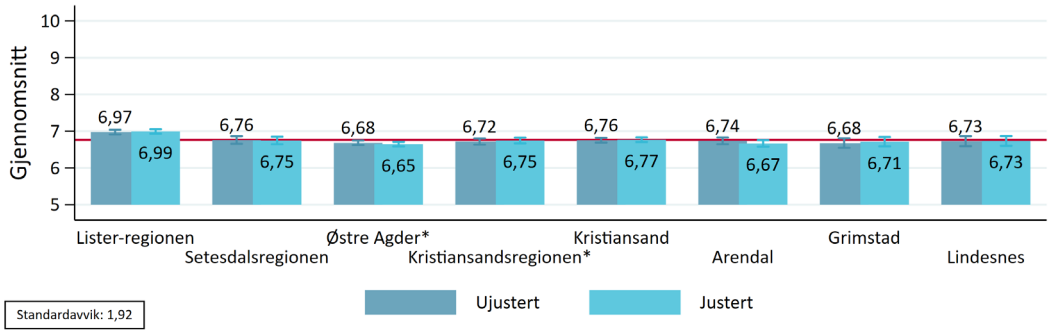
Figur 40C viser gjennomsnittsskår på Negative følelser siste 7 dager etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto lavere gjennomsnittsskår på Negative følelser i aldersspennet fra 30- til 79. De yngste kvinnene hadde høyest gjennomsnittsskår på negative følelser. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,85 for kvinner og 0,47 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en sterk og en middels effektstørrelse.

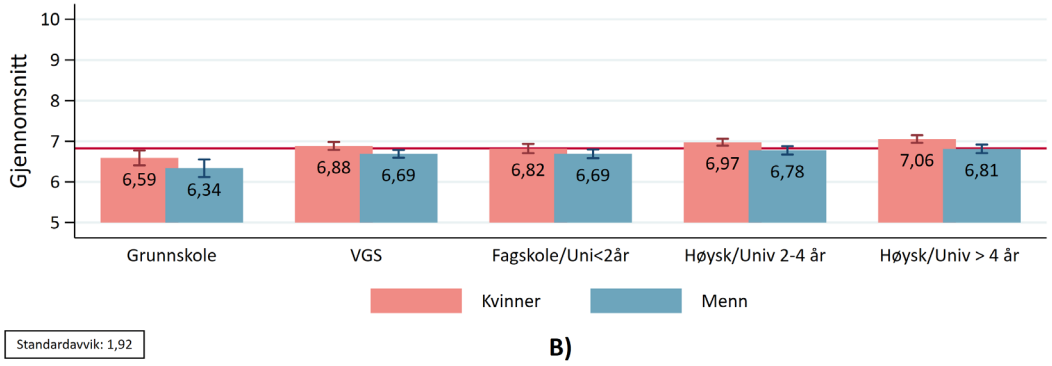
Figur 40D viser gjennomsnittsskår på Negative følelser siste 7 dager, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere gjennomsnittsskår på Negative følelser. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig tilsvarer en Cohens *d* på 1,12 for kvinner og 1,22 for menn, som begge kan tolkes som svært sterke effektstørrelser.

3.41 Positive følelser siste 7 dager

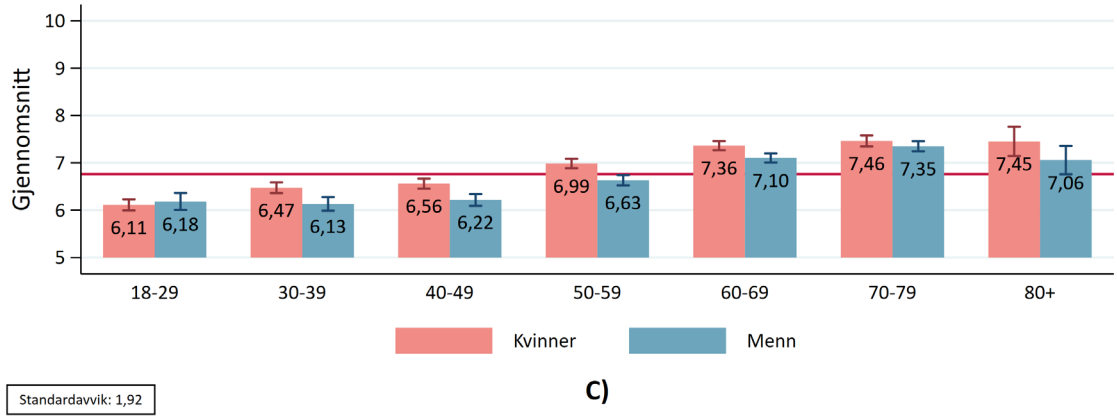
Totalt 18481 deltakere av 18517 (99,8 %) hadde gyldig svar på Positive følelser siste 7 dager (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,76** (KI95%: 6,73-6,80). Gjennomsnittet for kvinner var 6,83 (n=10302; KI95%: 6,78-6,87) og gjennomsnittet for menn var 6,68 (n=8179; KI95%: 6,63-6,73).

Figur 41: Positive følelser siste 7 dager etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



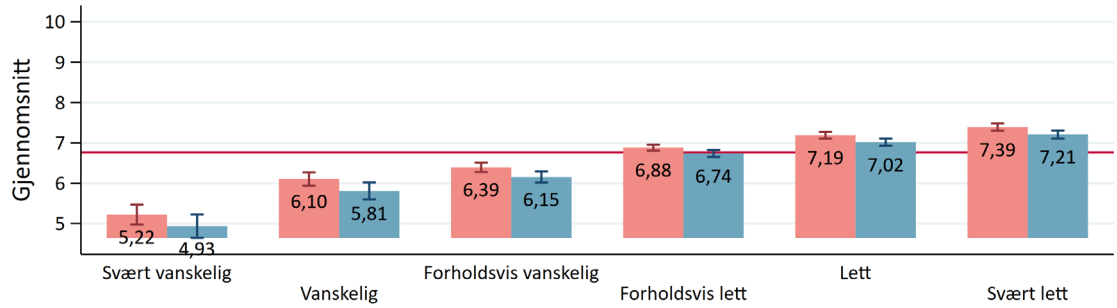


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 1,92

C)



Standardavvik: 1,92

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 41A viser gjennomsnittsskår på Positive følelser siste 7 dager (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med lavest og regionen med høyest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,15 som kan tolkes som en lav effektstørrelse.

Figur 41B viser gjennomsnittsskår på Positive følelser siste 7 dager etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittsskår på Positive følelser. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer Cohens *d*-verdier på 0,24 for kvinner og 0,24 for menn, som kan tolkes som på grensen mellom svake og middels effektstørrelser. Kvinner rapporterte jevnt over høyere gjennomsnittsskår enn menn.

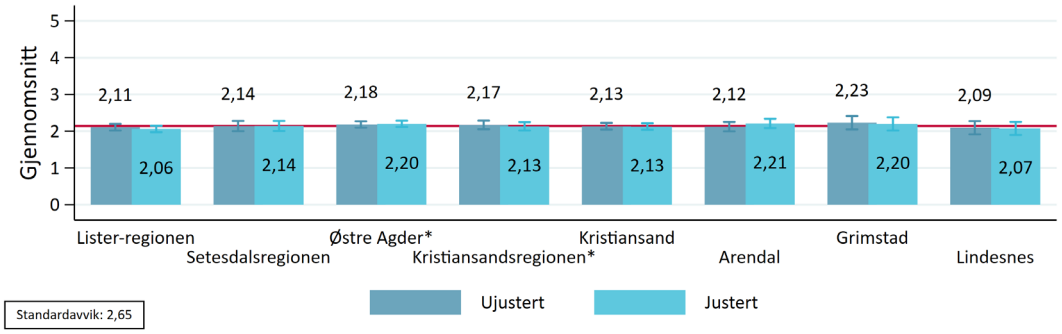
Figur 41C viser gjennomsnittsskår på Positive følelser siste 7 dager etter kjønn og alder. Figuren viser grovt sett at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår på Positive følelser. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,70 for kvinner og 0,46 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en stor og en middels effektstørrelse. De yngste kvinnene hadde lavest gjennomsnittsskår på positive følelser.

Figur 41D viser gjennomsnittsskår på Positive følelser siste 7 dager, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mente det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Positive følelser. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens *d* på 1,13 for kvinner og 1,19 for menn, som begge kan tolkes som svært sterke effektstørrelser.

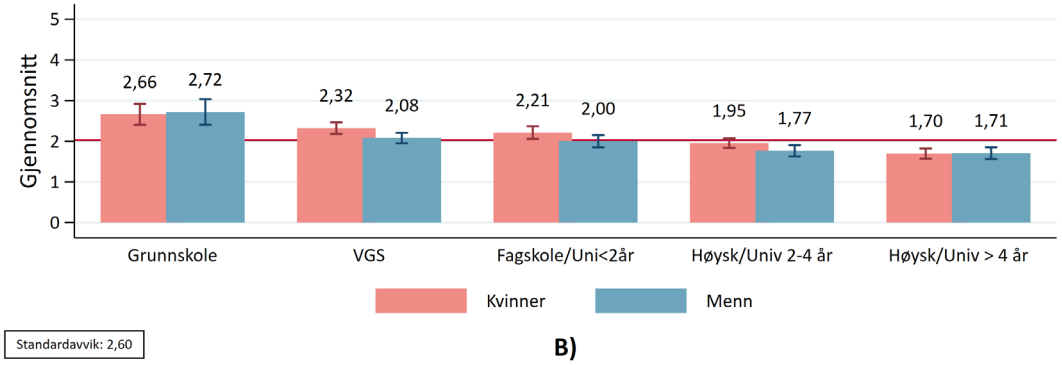
3.42 Ensomhet

Totalt 18350 deltakere av 18517 (99,1 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **2,14** (KI95%: 2,10-2,19). Gjennomsnittet for kvinner var 2,22 (n=10245; KI95%: 2,15-2,28) og gjennomsnittet for menn var 2,05 (n=8105; KI95%: 1,98-2,12).

Figur 42: Ensomhet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

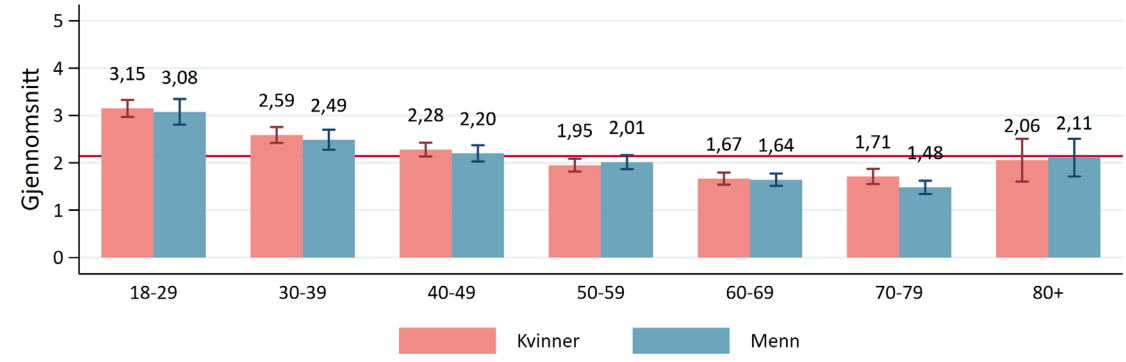


A)



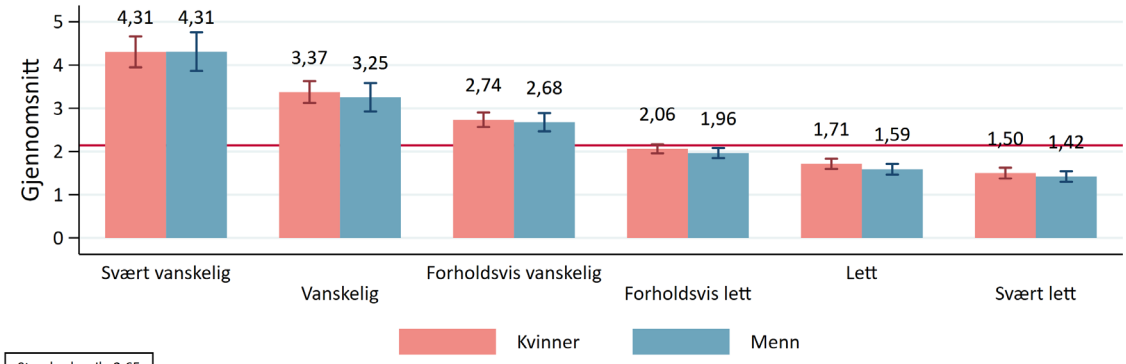
B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 2,65

C)



Standardavvik: 2,65

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 42A viser gjennomsnittsskår på Ensomhetsfølelse siste 7 dager (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med lavest og regionen med høyest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,05 som kan tolkes som en uvesentlig effektstørrelse.

Figur 42B viser gjennomsnittsskår på Ensomhet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto lavere gjennomsnittsskår på Ensomhet. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,36 for kvinner og 0,38 for menn, som begge kan tolkes som middels store effektstørrelser.

Figur 42C viser gjennomsnittsskår på Ensomhet etter kjønn og alder. Figuren viser noe forenklet at jo eldre deltakerne er, desto lavere gjennomsnittsskår på Ensomhet. Unntaket er aldersgruppen over 80 år, som ser ut til å rapportere noe høyere ensomhet igjen, selv om et lavt antall observasjoner i denne aldersgruppen gjør tallene noe usikre. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,41 for kvinner og 0,37 for menn, som begge i vår sammenheng kan tolkes som middels høye effektstørrelser.

Reduksjonen i gjennomsnittlig skår på ensomhet stopper opp i aldersgruppen 70-70 og er høyere i den aller eldste aldergruppen. Effektstørrelsene når vi sammenligner yngste med nest eldste aldergruppe er 0,54 for kvinner og 0,60 for menn. Dette er høye effektstørrelser.

Figur 42D viser gjennomsnittsskår på Ensomhet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto lavere gjennomsnittsskår på Ensomhet. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til tilsvarer en Cohens *d* på 1,06 for kvinner og 1,09 for menn, som begge kan tolkes som høye effektstørrelser.

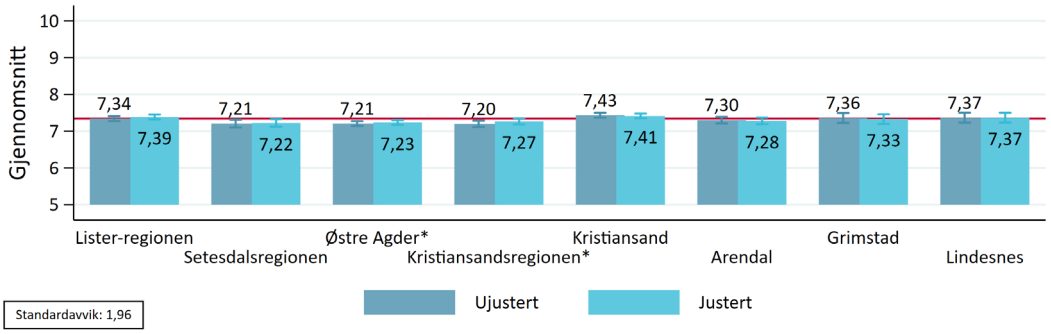
Ensomhets-skåren, som har en skala fra 0-10, kan deles inn slik at den definerer to grupper, de med lav grad (0-5) og de med høy grad (6-10) av ensomhet. Andel med høy grad av ensomhet definert på denne måten er i vårt materiale 14,2 % (KI95%: 13,6 %-14,9 %).

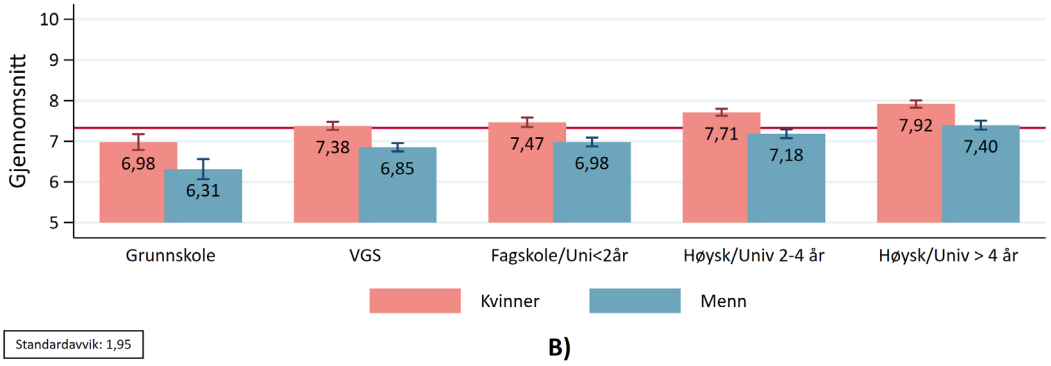
Ut fra UCLA-skalaen har vi en andel ensomme på 13,4 % (KI95%: 12,8 %-14,0 %). De to estimatene av ensomhet er med andre ord ikke så veldig forskjellige. Blant de som er ensomme ifølge UCLA-skalaen, er det 65 % som er ensomme ut fra den dikotomiserte skala-variabelen og 35 % som ikke er det. Dette betyr at de to målene på ensomhet ikke måler helt det samme, men litt ulike aspekter ved ensomhet.

3.43 Støttende og givende sosiale relasjoner

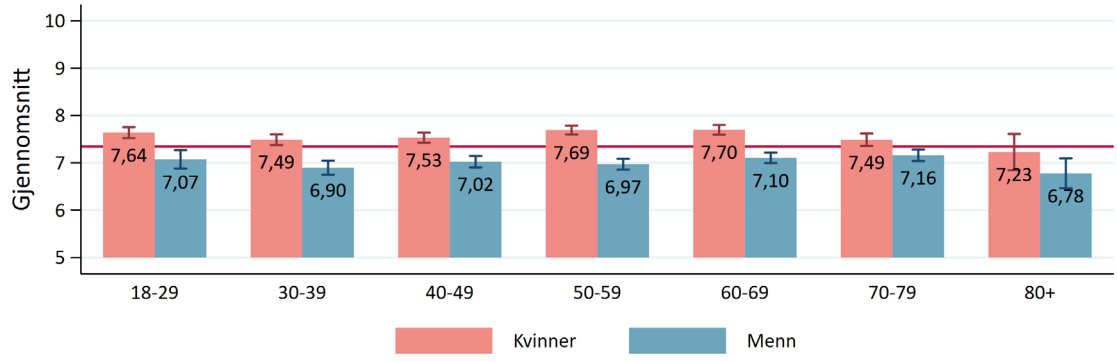
Totalt 18468 deltakere av 18517 (99,7 %) hadde gyldig svar på Støttende og givende sosiale relasjoner (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,34** (KI95%: 7,31-7,38). Gjennomsnittet for kvinner var 7,59 (n=10295; KI95%: 7,55-7,64) og gjennomsnittet for menn var 7,03 (n=8173; KI95%: 6,98-7,08).

Figur 43: Støttende og givende sosiale relasjoner etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



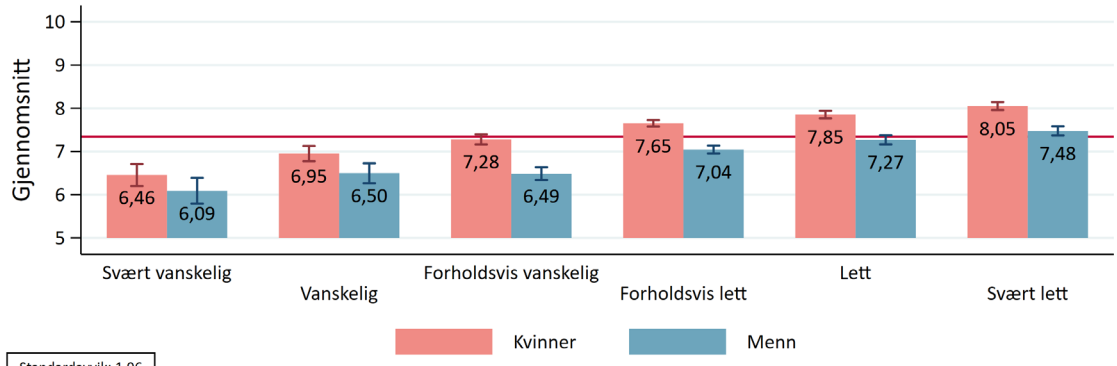


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 1,96

C)



Standardavvik: 1,96

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 43A viser gjennomsnittsskår på Støttende og givende sosiale relasjoner (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med lavest og regionen med høyest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,12 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 43B viser gjennomsnittsskår på Støttende og givende sosiale relasjoner etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittsskår rapporteres. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,48 for kvinner og 0,56 for menn, som henholdsvis kan tolkes som en middels og en stor effektstørrelse.

Figur 43C viser gjennomsnittsskår på Støttende og givende sosiale relasjoner etter kjønn og alder. Figuren viser ingen klar og systematisk sammenheng med alder. Kvinner oppnådde høyere gjennomsnittsskår enn menn. Forskjellen er signifikant i alle aldersgruppene bort sett fra den eldste. Differansene mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,21 for kvinner og 0,15 for menn, som kan tolkes som små effektstørrelser.

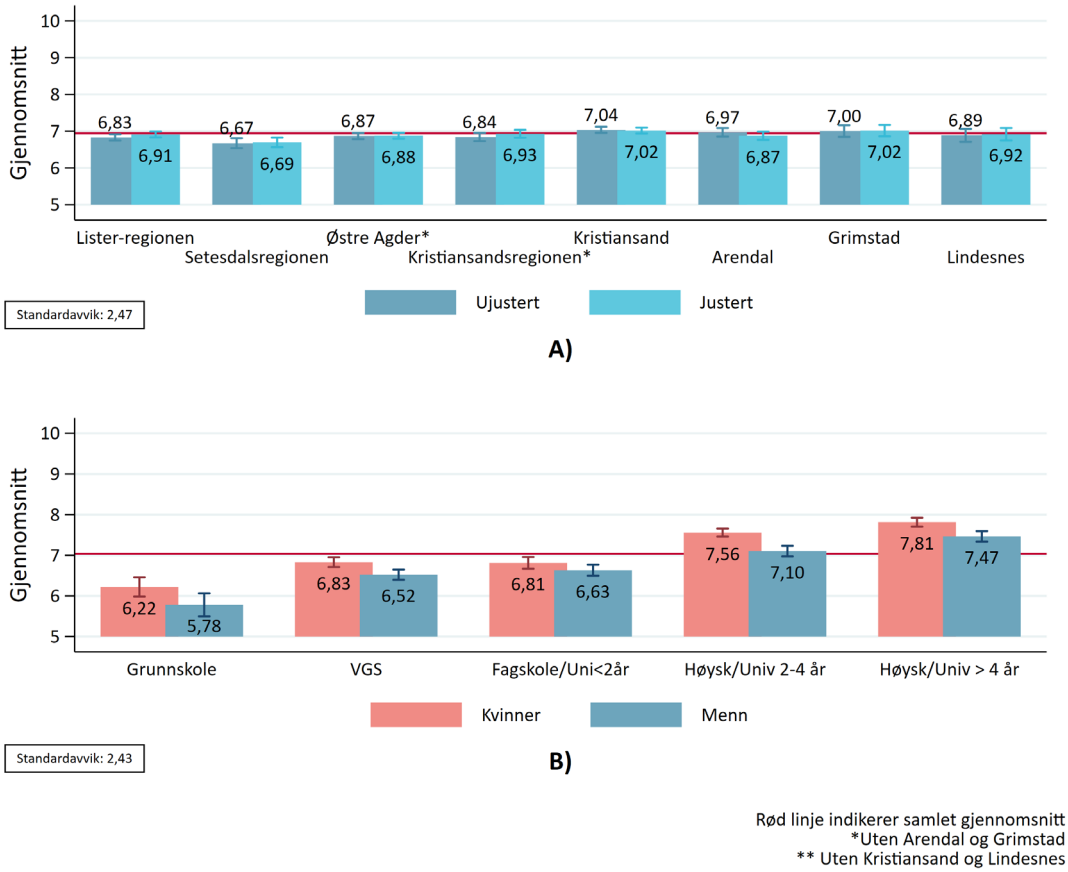
Siden sammenhengen her ikke er monoton, har vi også regnet ut effektstørrelser for høyeste mot laveste gjennomsnitt. Da blir Cohens *d* 0,24 for kvinner og 0,19 for menn. Også dette er lave effektstørrelser.

Figur 43D viser gjennomsnittsskår på Støttende og givende sosiale relasjoner, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mente det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til tilsvarer en Cohens *d* på 0,81 for kvinner og 0,71 for menn, med andre ord sterke effektstørrelser.

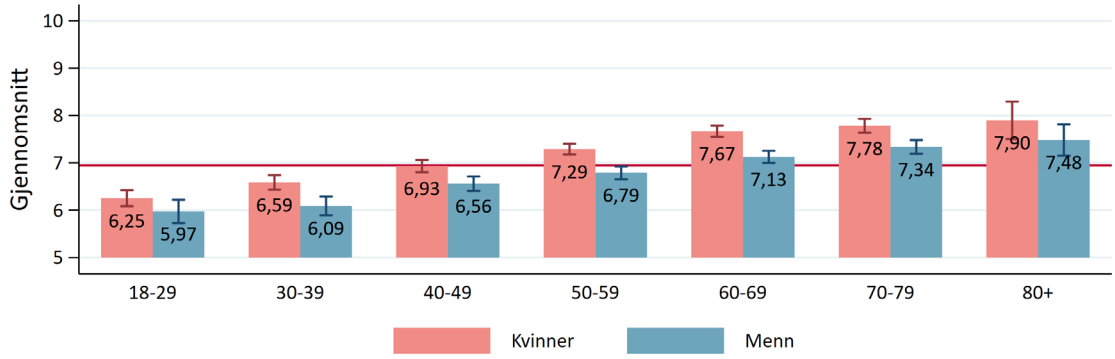
3.44 Tillit til andre

Totalt 18436 deltakere av 18517 (99,6 %) hadde gyldig svar på Tillit til andre (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,94** (KI95%: 6,90-6,99). Gjennomsnittet for kvinner var 7,09 (n=10276; KI95%: 7,04-7,15) og gjennomsnittet for menn var 6,76 (n=8160; KI95%: 6,69-6,82).

Figur 44: Tillit til andre etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

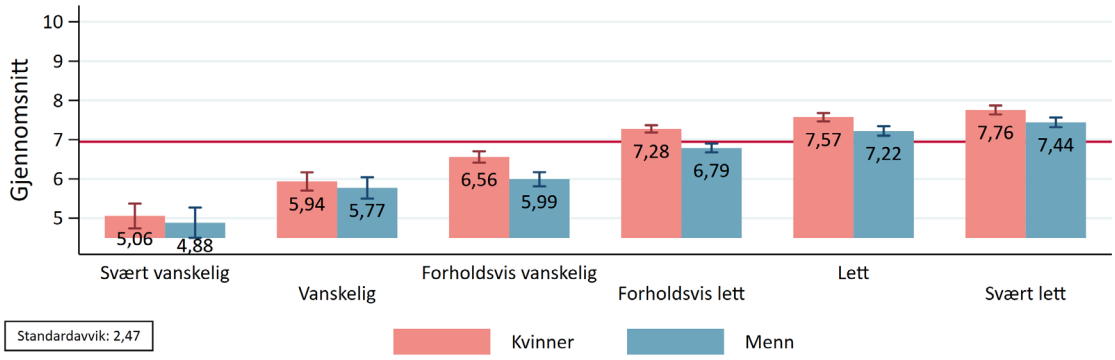


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 2,47

C)



Standardavvik: 2,47

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 44A viser gjennomsnittsskår på Tillit til andre (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med lavest og regionen med høyest gjennomsnitt tilsvarer en Cohens *d* på 0,15 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Svarene kan også grupperes, slik at svar fra 0 til 4 angir lite tillit. Med denne grupperingen er det 14,9 % (95 % KI 14,3-15,5) som oppgav lav tillit samlet i fylket. Andelen for kvinner er 13,6 % (95 % KI 12,9-14,4) og andelen for menn er 16,5 % (95 % KI 15,6-17,5).

Figur 44B viser gjennomsnittsskår på Tillit til andre etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittsskår på Tillit til andre. Kvinner rapporterte noe høyere gjennomsnittsskår enn menn. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,64 for kvinner og 0,68 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

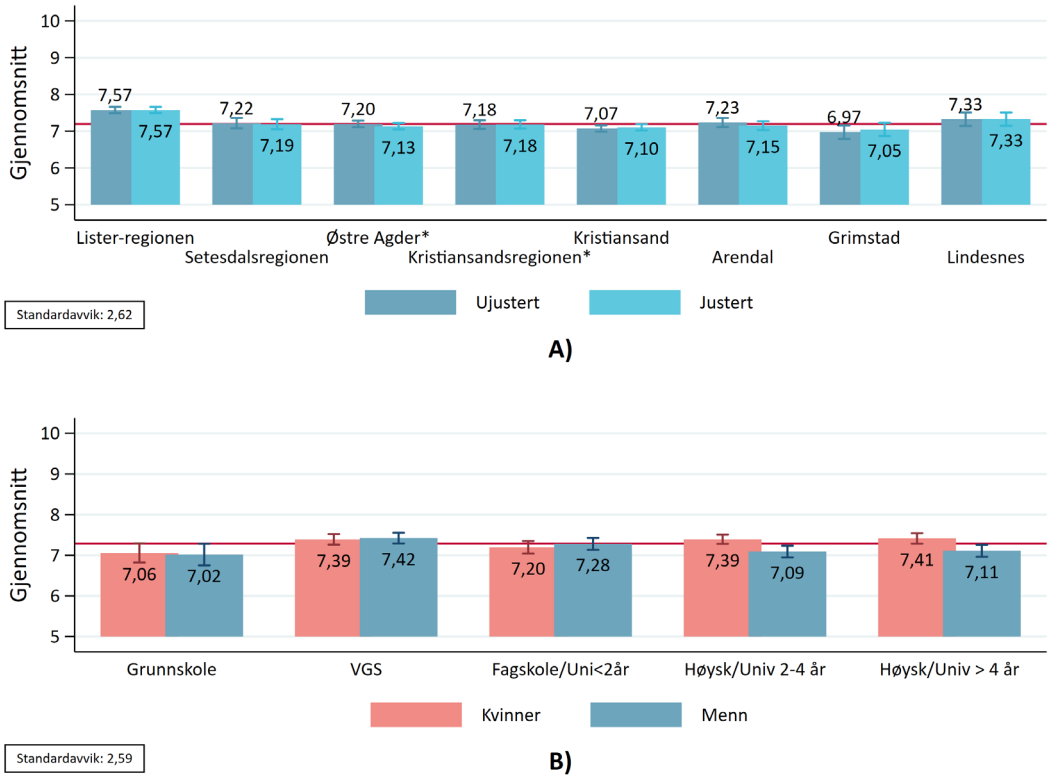
Figur 44C viser gjennomsnittsskår på Tillit til andre etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår på Tillit til andre. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,67 for kvinner og 0,61 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 44D viser gjennomsnittsskår på Tillit til andre, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Tillit til andre. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens *d* på 1,09 for kvinner og 1,04 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

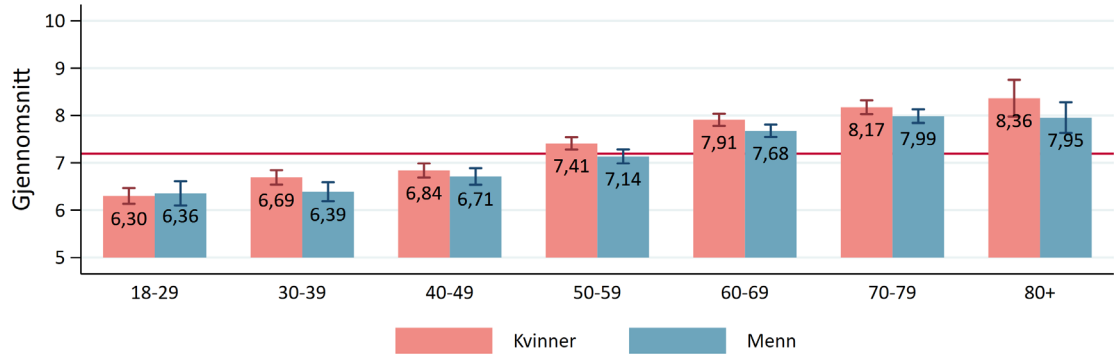
3.45 Stedstilhørighet

Totalt 18376 deltakere av 18517 (99,2 %) hadde gyldig svar på Stedstilhørighet (skala:0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **7,19** (KI95%: 7,15-7,24). Gjennomsnittet for kvinner var 7,22 (n=10242; KI95%: 7,16-7,28) og gjennomsnittet for menn var 7,17 (n=8134; KI95%: 7,10-7,24).

Figur 45: Stedstilhørighet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

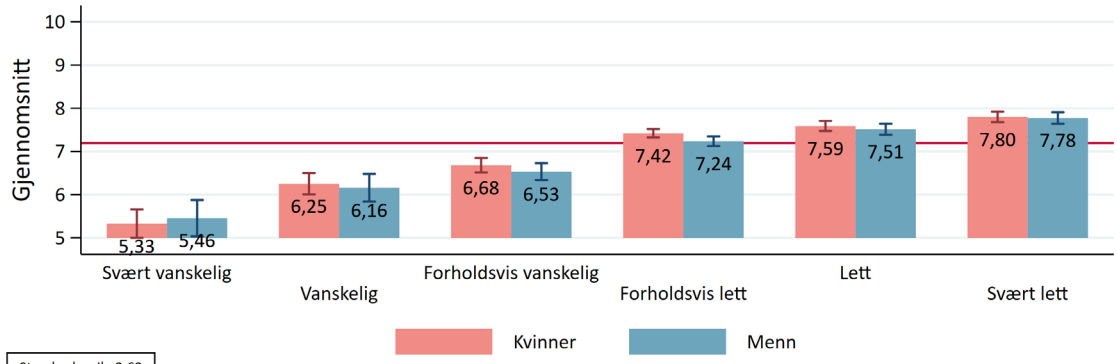


Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 2,62

C)



Standardavvik: 2,62

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 45A viser gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med høyest (Listerregionen) og regionen med lavest (Grimstad) gjennomsnittsskår tilsvarer en Cohens *d* på 0,23 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 45B viser gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser ingen store forskjeller mellom utdanningsgrupper. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,13 for kvinner og 0,03 for menn, altså henholdsvis en liten og en uvesentlig effektstørrelse.

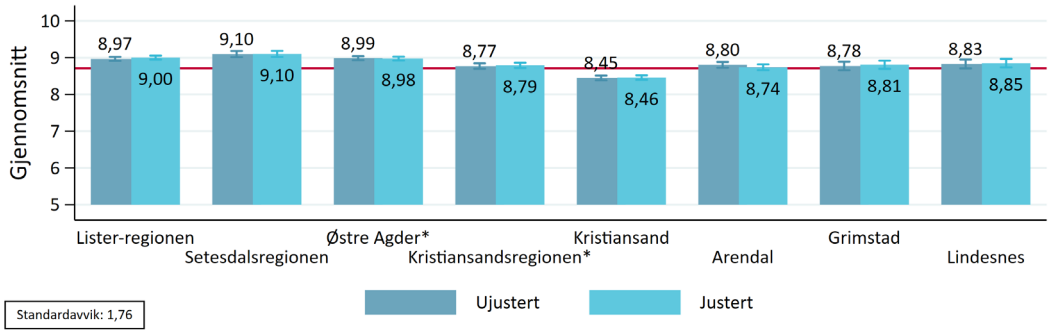
Figur 45C viser gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,79 for kvinner og 0,61 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 45D viser gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mente det er å få husholdningspengene til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Stedstilhørighet. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens *d* på 0,94 for kvinner og 0,89 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

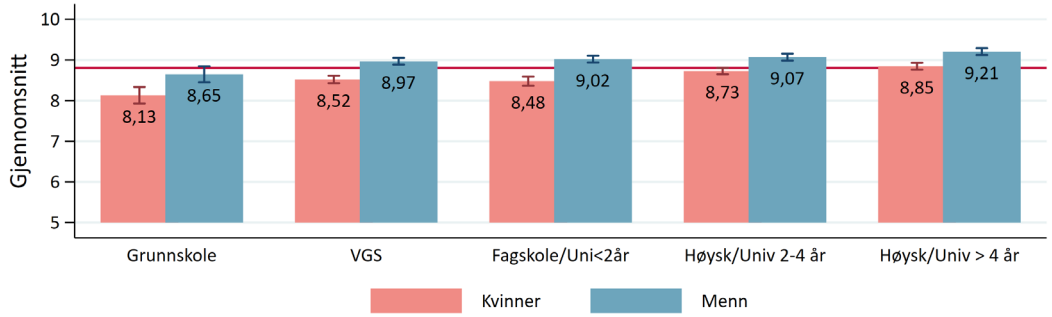
3.46 Trygg i nærmiljøet

Totalt 18338 deltakere av 18517 (99,0 %) hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **8,71** (KI95%: 8,68-8,75). Gjennomsnittet for kvinner var 8,50 (n=10219; KI95%: 8,46-8,55) og gjennomsnittet for menn var 8,98 (n=8119; KI95%: 8,93-9,02).

Figur 46: Trygg i nærmiljøet etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).

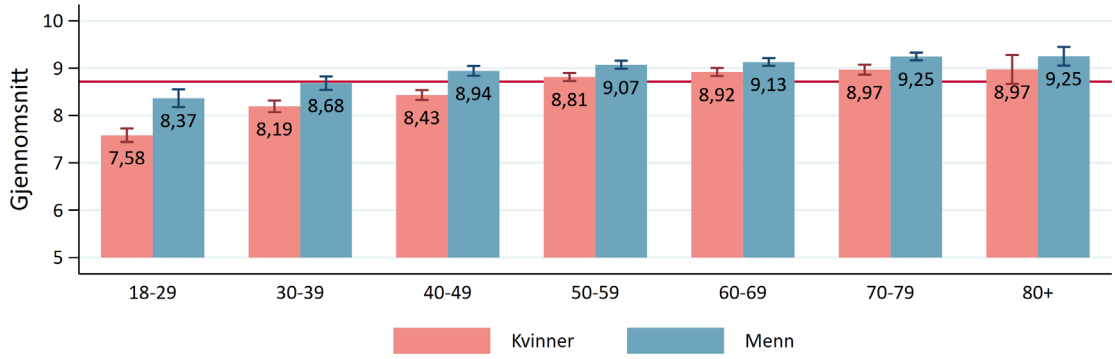


A)



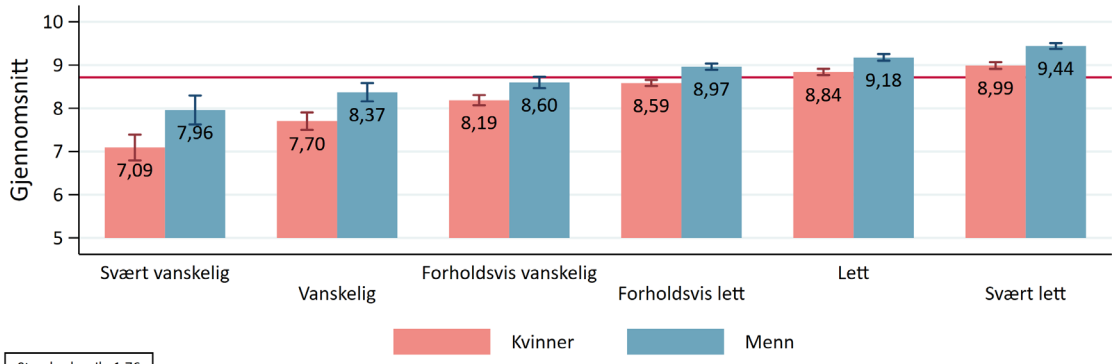
B)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



Standardavvik: 1,76

C)



Standardavvik: 1,76

D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 46A viser gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Variasjonen mellom regionen med høyest (Setesdalsregionen) og lavest (Kristiansand) gjennomsnittsskår tilsvarer en Cohens *d* på 0,37 som kan tolkes som en middels stor effektstørrelse.

Figur 46B viser gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at gjennomsnittsskåren stiger med økende utdanningsnivå. Menn rapporterte høyere gjennomsnittsskår enn kvinner i alle utdanningsgrupper. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,41 for kvinner og 0,32 for menn, som begge kan tolkes som middels store effektstørrelser.

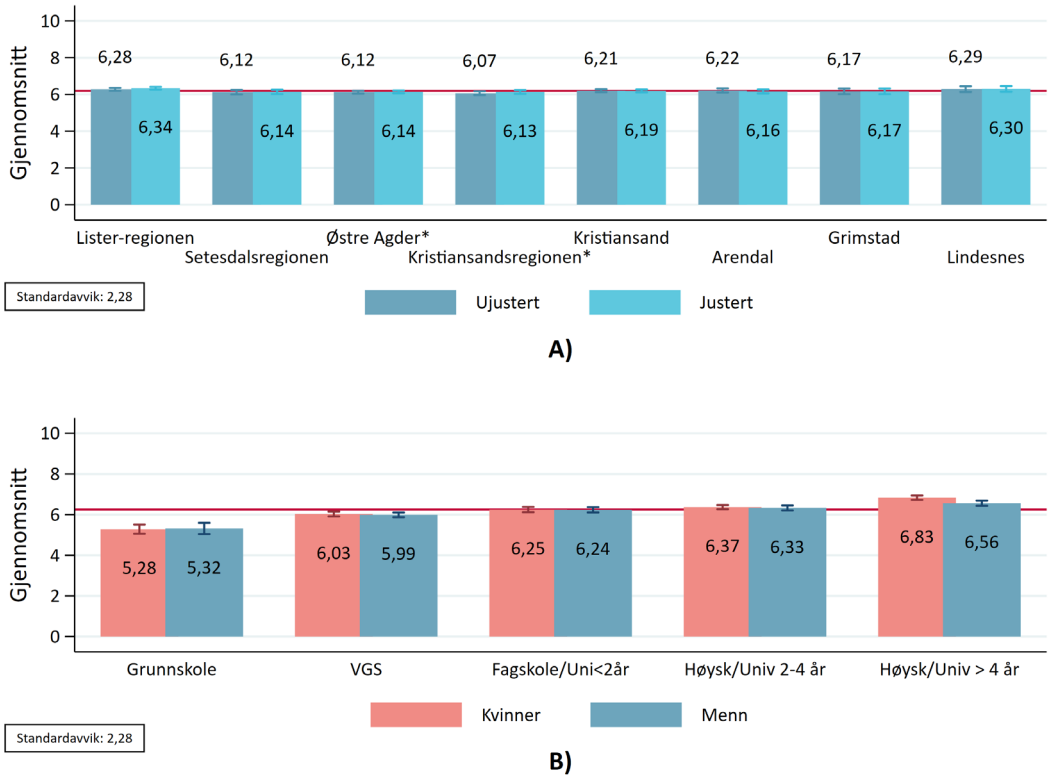
Figur 46C viser gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet etter kjønn og alder. Figuren viser at jo eldre deltakerne er, desto høyere gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet. Økningen er størst for begge kjønn i de tre yngste aldersgruppene (18-49 år). Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,79 for kvinner og 0,50 for menn. Tallene tilsvarer store effektstørrelser.

Figur 46D viser gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Trygg i nærmiljøet. Differansen mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens *d* på 1,08 for kvinner og 0,84 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

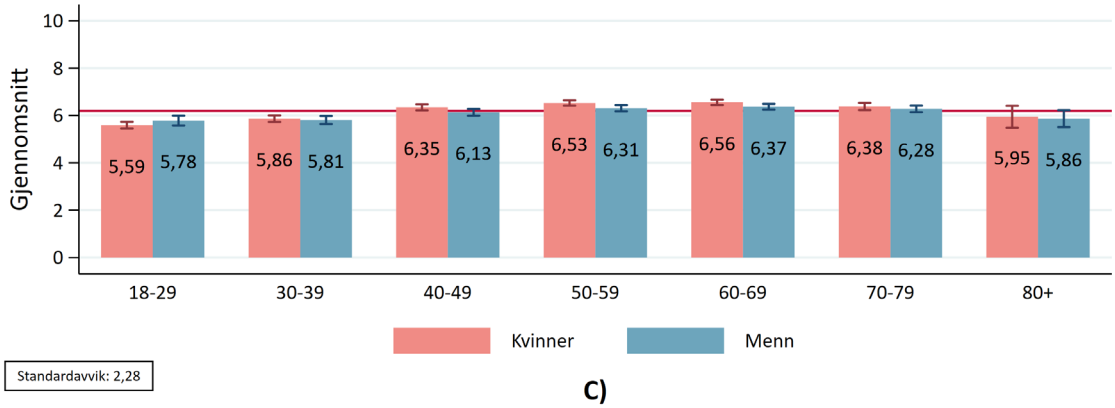
3.47 Engasjement

Totalt 18350 deltakere av 18517 (99,1 %) hadde gyldig svar på Engasjement (skala: 0-10). Gjennomsnittet for hele utvalget var **6,20** (KI95%: 6,16-6,24). Gjennomsnittet for kvinner var 6,23 (n=10229; KI95%: 6,17-6,28) og gjennomsnittet for menn var 6,16 (n=8121; KI95%: 6,10-6,22).

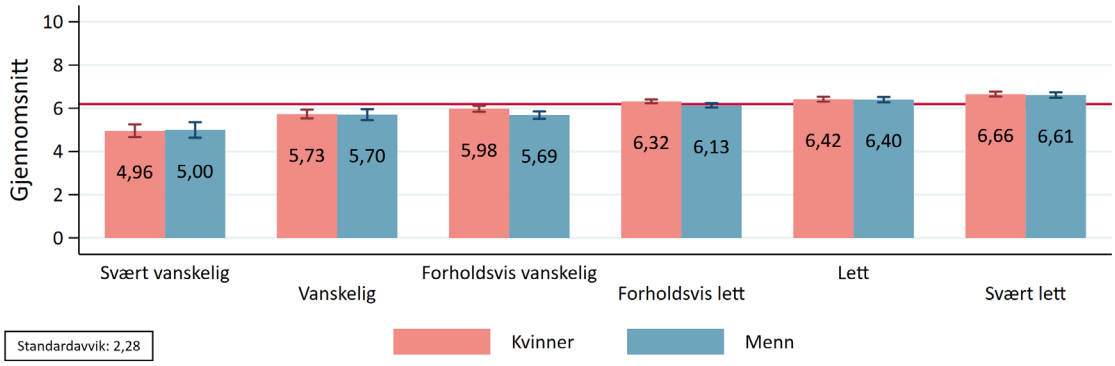
Figur 47: Engasjement etter regioner i Agder (A), kjønn og utdanningsnivå (B), kjønn og alder (C), og kjønn og vurdering av husholdningsøkonomien (D).



Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt
*Uten Arendal og Grimstad
** Uten Kristiansand og Lindesnes



C)



D)

Rød linje indikerer samlet gjennomsnitt

Figur 47A viser gjennomsnittsskår på Engasjement (skala 0-10), fordelt på de ulike regionene i Agder. Den røde linjen viser gjennomsnittet for fylket som helhet. Forskjellen mellom regionen med høyest og lavest gjennomsnittsskår tilsvarer en Cohens *d* på 0,10 som kan tolkes som en liten effektstørrelse.

Figur 47B viser gjennomsnittsskår på Engasjement etter kjønn og utdanningsnivå. Figuren viser at gjennomsnittsskår stiger med økende utdanningsnivå. Gruppen med grunnskole oppnår den laveste gjennomsnittsskåren på engasjement. Differansen mellom det høyeste og laveste utdanningsnivået tilsvarer en Cohens *d* på 0,68 for kvinner og 0,54 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

Figur 47C viser gjennomsnittsskår på Engasjement etter kjønn og alder. Figuren viser en svak omvendt U-kurve på sammenhengen mellom engasjement og alder. Gjennomsnittsskåren er høyest for begge kjønn i aldersspennet 40-79 år. Differansen mellom den eldste og den yngste aldersgruppen tilsvarer en Cohens *d* på 0,16 (liten) for kvinner og 0,04 (minimal) for menn.

Siden sammenhengen her ikke er monoton, har vi beregnet effektstørrelser ved å sammenligne høyeste med laveste gjennomsnitt. Cohens *d* blir da 0,43 for kvinner og 0,26, noe som tilsvarer en sterk og en middels effektstørrelse.

Figur 47D viser gjennomsnittsskår på Engasjement, etter i hvilken grad pengene i husholdningen vurderes å strekke til og kjønn. Figuren viser at jo lettere man mente det er å få husholdningsøkonomien til å strekke til, desto høyere gjennomsnittsskår på Engasjement. Differansen i gjennomsnittlig skår på Engasjement mellom de som rapporterte at det er svært lett og de som rapporterte at det er svært vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til, tilsvarer en Cohens *d* på 0,75 for kvinner og 0,71 for menn, som begge kan tolkes som store effektstørrelser.

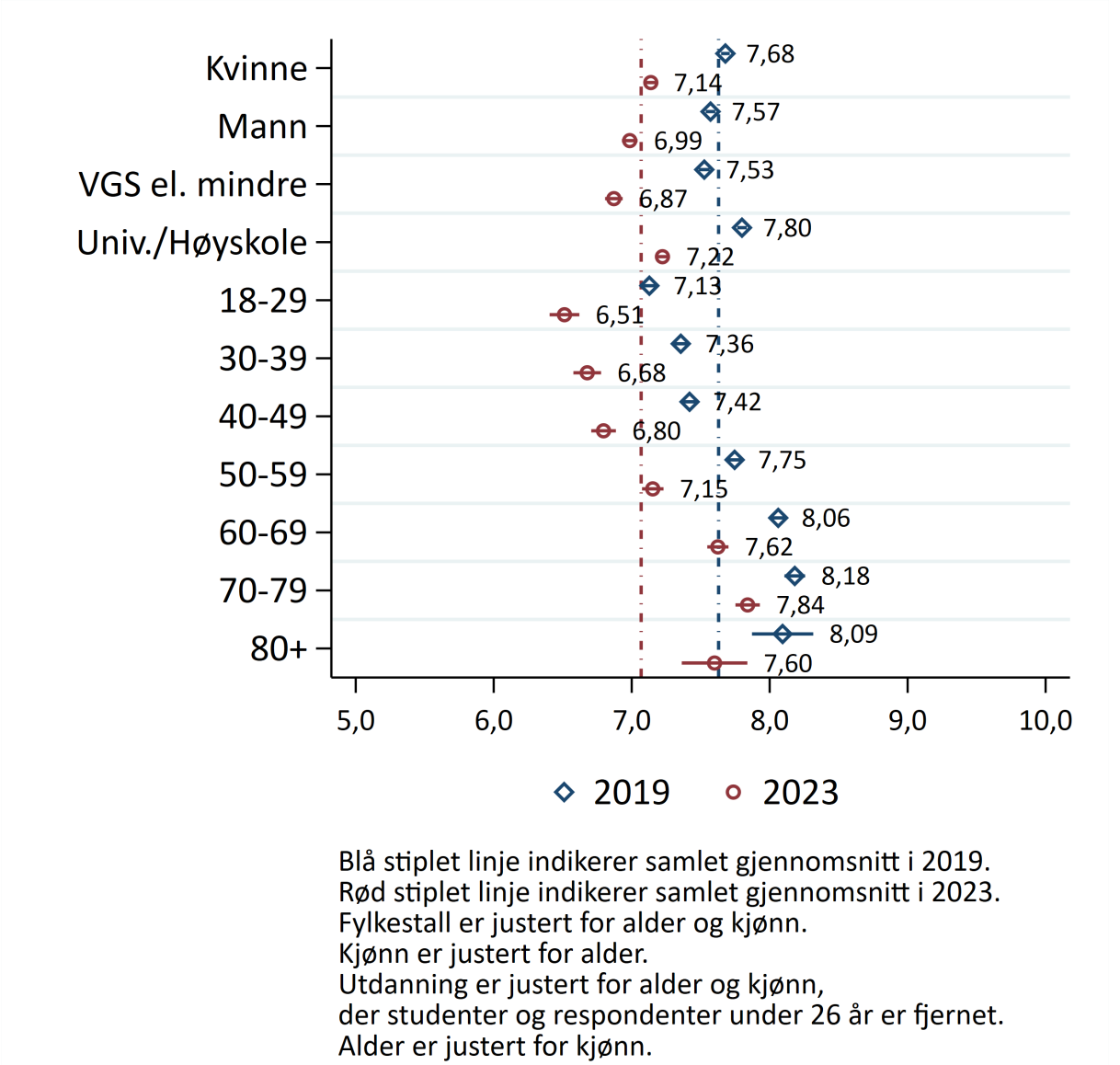
4. Endring fra 2019 til 2023 på utvalgte variabler

4.1 Tilfredshet med livet

Totalt 46451 deltakere av 46564 (99,8 %) hadde gyldig svar på Tilfredshet med livet (skala: 0-10). Gjennomsnittsskåren var 7,59 (n=28006; KI95%: 7,57-7,62) i 2019 og 7,14 (n=18445; KI95%: 7,10-7,17) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 7,63 (KI95%: 7,61-7,66) i 2019 og 7,08 (KI95%: 7,04-7,11) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,26**.

Figur 1: Tilfredshet med livet i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

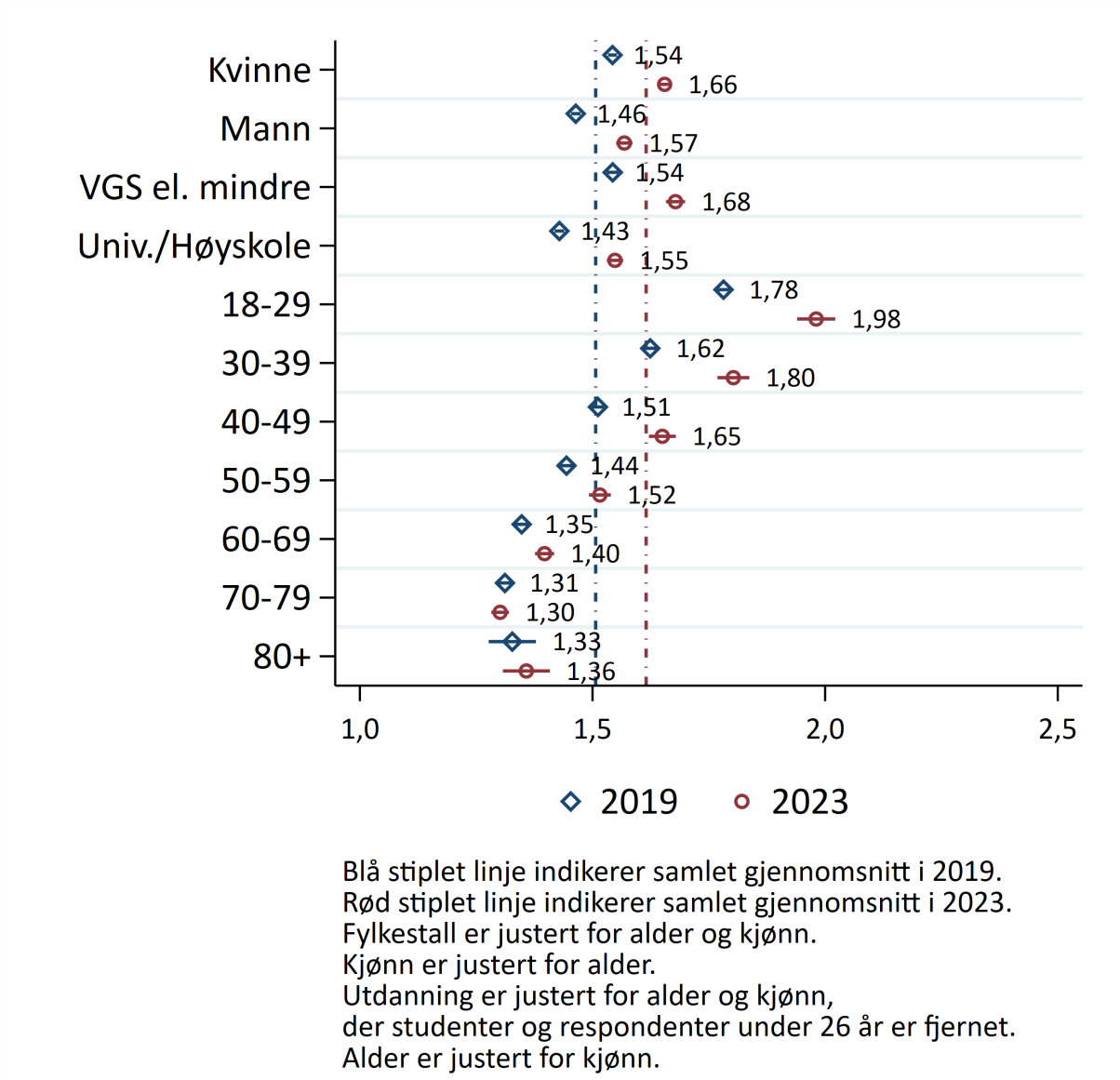
Fornøydtxt

4.2 Psykiske plager (HSCL-5)

Totalt 46496 deltakere av 46564 (99,9 %) hadde gyldig svar på Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager (skala: 1-4). Gjennomsnittsskåren var 1,52 (n=28025; KI95%: 1,51-1,53) i 2019 og 1,59 (n=18471; KI95%: 1,57-1,60) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 1,50 (KI95%: 1,49-1,51) i 2019 og 1,61 (KI95%: 1,60-1,62) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,16**.

Figur 2: Gjennomsnitt HSCL: Psykiske plager i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

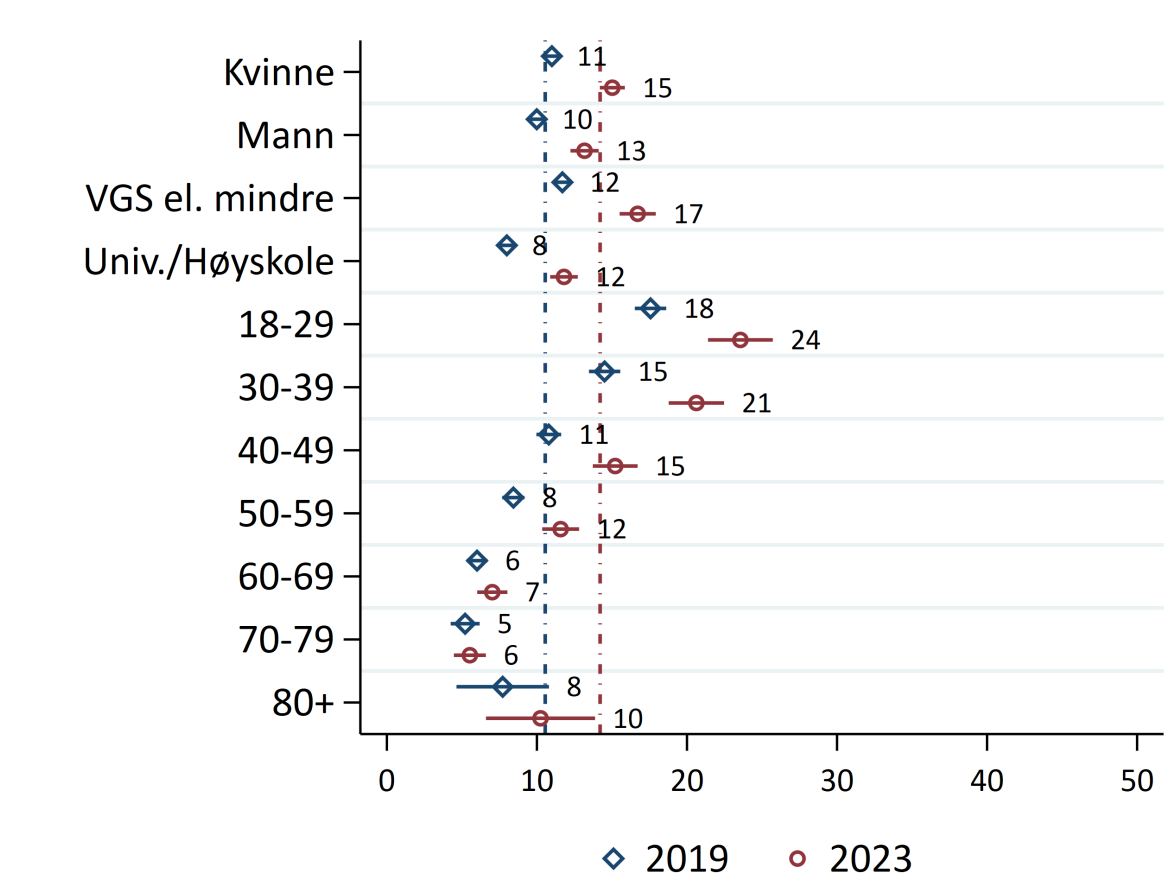
HSCLmeantxt

4.3 Andel ensomme (UCLA-3)

Totalt 46094 deltakere av 46564 (99,0 %) hadde gyldig svar på Ensomhet (UCLA-3). Andelen ensomme var 10,9 % (n=27903; KI95%: 10,6-11,3) i 2019 og 13,4 % (n=18191; KI95%: 12,8-14,0) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 10,5 (KI95%: 10,1-10,8) i 2019 og 14,1 (KI95%: 13,5-14,7) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,11**.

Figur 3: Ensomhet (UCLA-3) i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

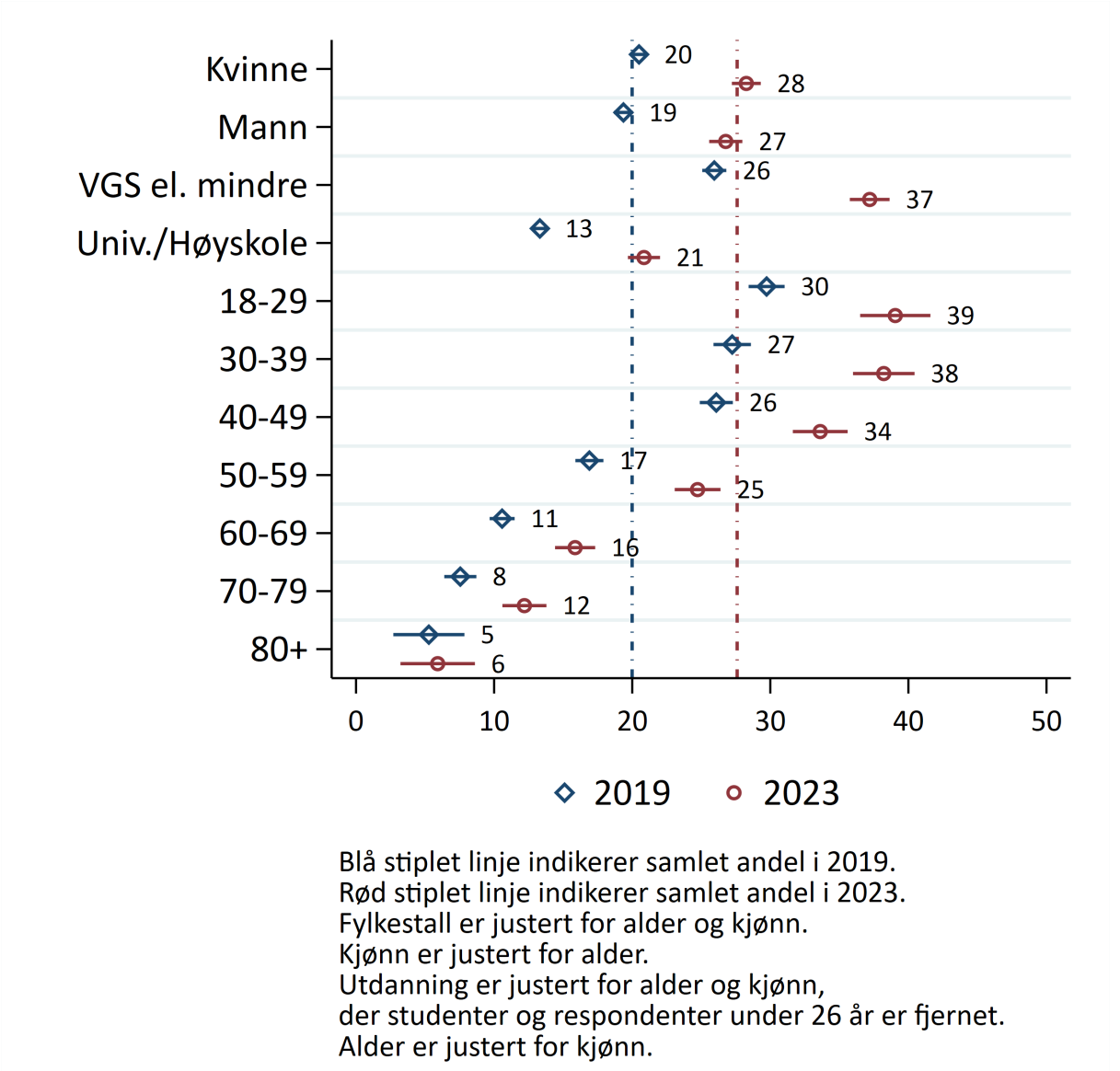
UCLAdiktxt

4.4 Andel med økonomiske vansker

Totalt 44761 deltakere av 46564 (96,1 %) hadde gyldig svar på Andel med økonomiske vansker. Andelen var 20,8 % (n=26687; KI95%: 20,3-21,3) i 2019 og 26,2 % (n=18074; KI95%: 25,5-27,0) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 19,9 (KI95%: 19,4-20,4) i 2019 og 27,5 (KI95%: 26,7-28,2) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,18**.

Figur 4: Andel med økonomiske vansker i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

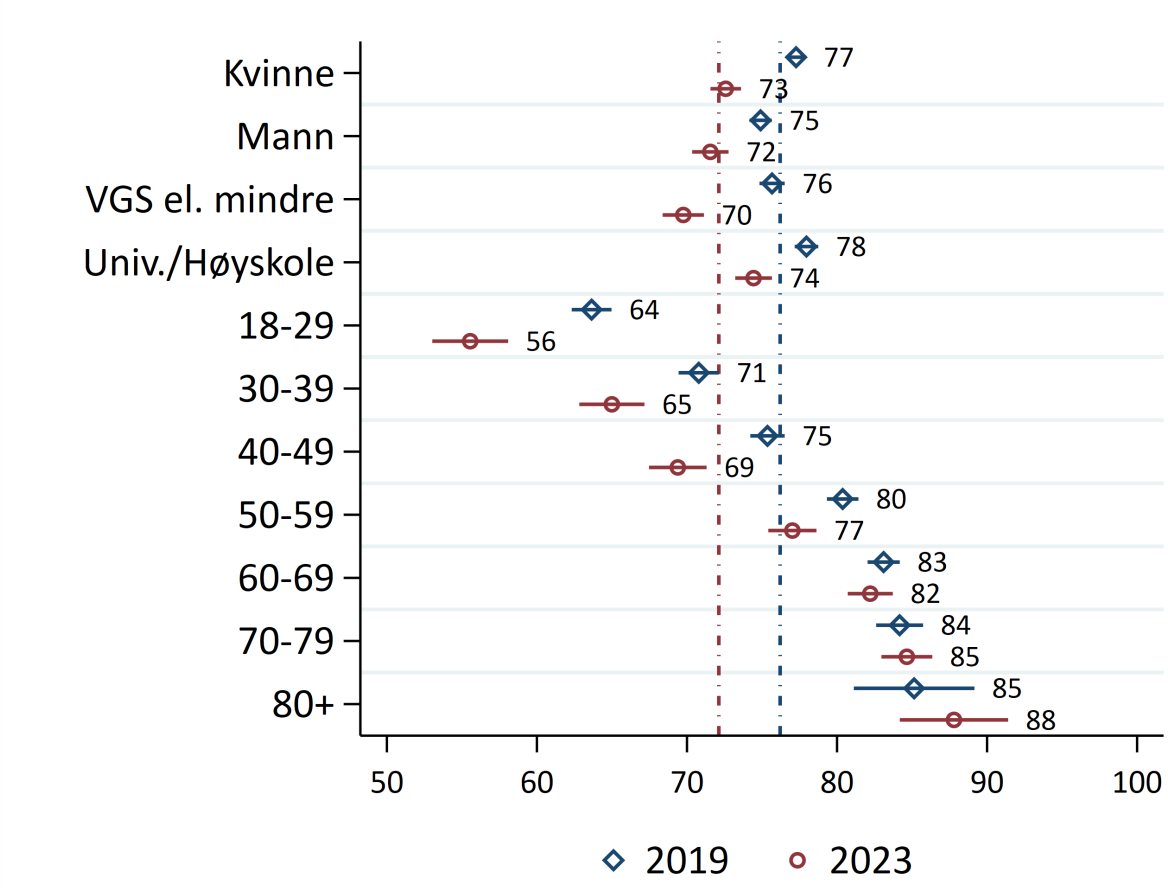
economictxt

4.5 Stor grad av trivsel i nærmiljøet

Totalt 46418 deltakere av 46564 (99,7 %) hadde gyldig svar på Stor grad av trivsel i nærmiljøet. Andelen var 75,5 % (n=27987; KI95%: 75,0-76,0) i 2019 og 73,5 % (n=18431; KI95%: 72,7-74,3) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 76,3 (KI95%: 75,8-76,8) i 2019 og 72,4 (KI95%: 71,6-73,1) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,09**.

Figur 5: Stor grad av trivsel i nærmiljøet i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

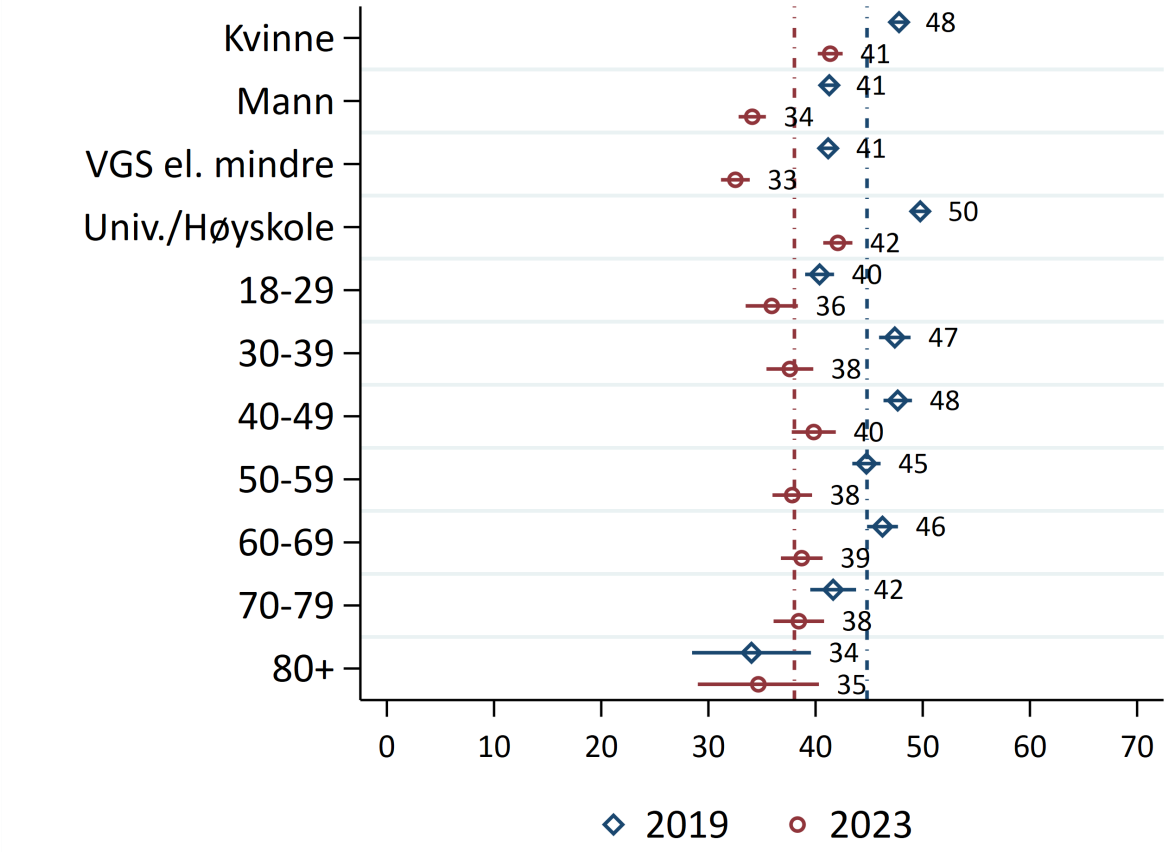
trivseltxt

4.6 Høy sosial støtte

Totalt 46107 deltakere av 46564 (99,0 %) hadde gyldig svar på Høy sosial støtte. Andelen var 44,8 % (n=27930; KI95%: 44,2-45,4) i 2019 og 38,2 % (n=18177; KI95%: 37,3-39,0) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 44,9 (KI95%: 44,3-45,4) i 2019 og 38,1 (KI95%: 37,2-39,8) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,14**.

Figur 6: Høy sosial støtte i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

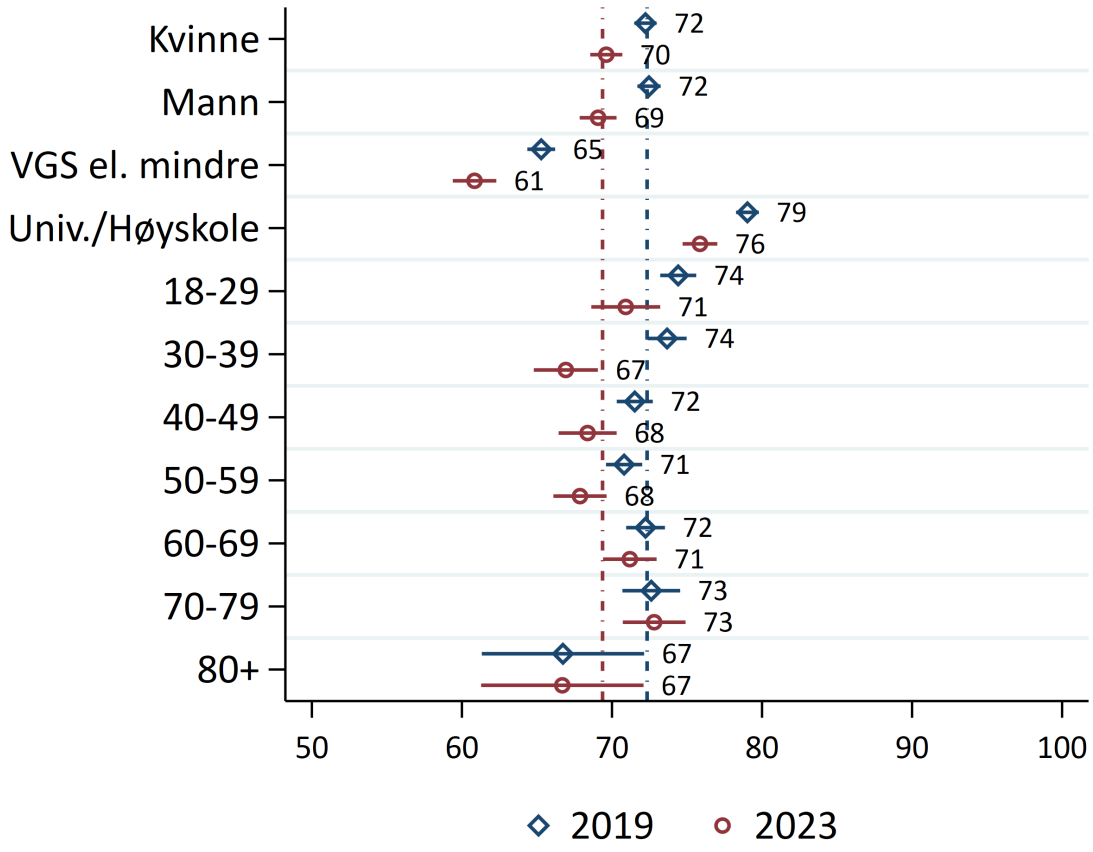
SSdik_hitxt

4.7 God eller svært god helse

Totalt 46435 deltakere av 46564 (99,7 %) hadde gyldig svar på God eller svært god helse. Andelen var 72,4 % (n=27984; KI95%: 71,9-72,9) i 2019 og 69,5 % (n=18451; KI95%: 68,7-70,3) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 72,4 (KI95%: 71,9-72,9) i 2019 og 69,5 (KI95%: 68,7-70,3) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,06**.

Figur 7: God eller svært god helse i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

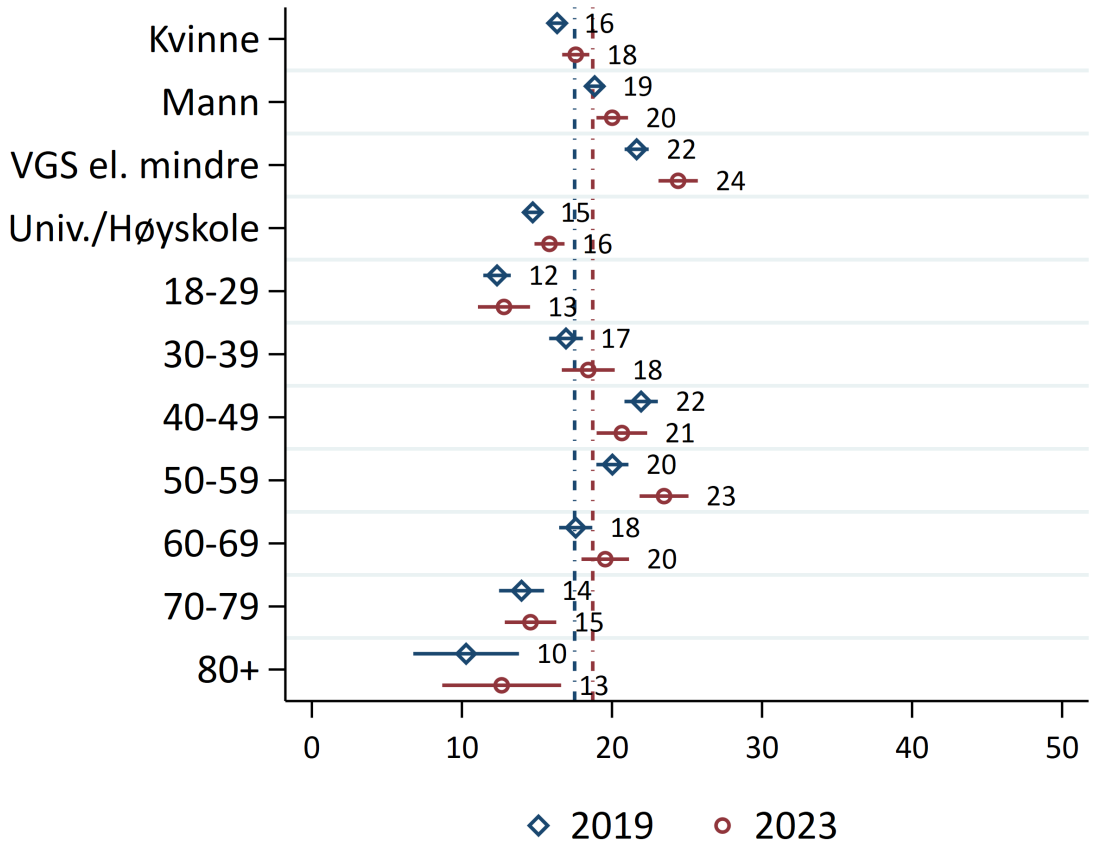
helsediktxt

4.8 Andel med fedme (KMI 30+)

Totalt 44941 deltakere av 46564 (96,5 %) hadde gyldig svar på Andel med fedme (KMI 30+). Andelen var 17,5 % (n=27416; KI95%: 17,1-18,0) i 2019 og 18,8 % (n=17525; KI95%: 18,1-19,4) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 17,5 (KI95%: 17,1-18,0) i 2019 og 18,8 (KI95%: 18,1-19,5) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,03**.

Figur 8: Andel med fedme (KMI 30+) i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

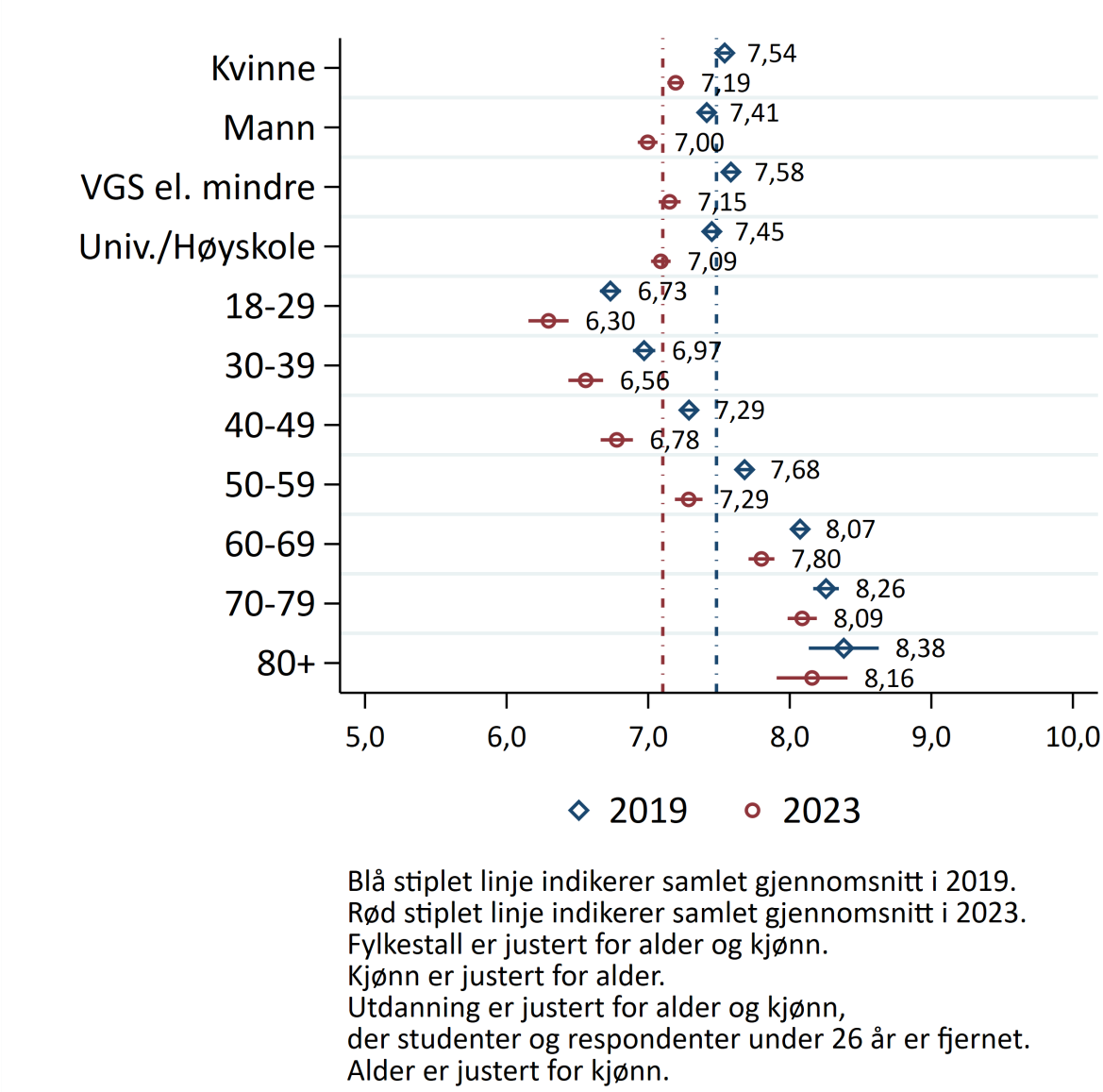
BMIdiktxt

4.9 Stedstilhørighet

Totalt 46348 deltakere av 46564 (99,5 %) hadde gyldig svar på Stedstilhørighet (skala: 0-10). Gjennomsnittsskåren var 7,43 (n=27972; KI95%: 7,40-7,46) i 2019 og 7,19 (n=18376; KI95%: 7,15-7,24) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 7,49 (KI95%: 7,46-7,52) i 2019 og 7,11 (KI95%: 7,07-7,16) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,15**.

Figur 9: Stedstilhørighet i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

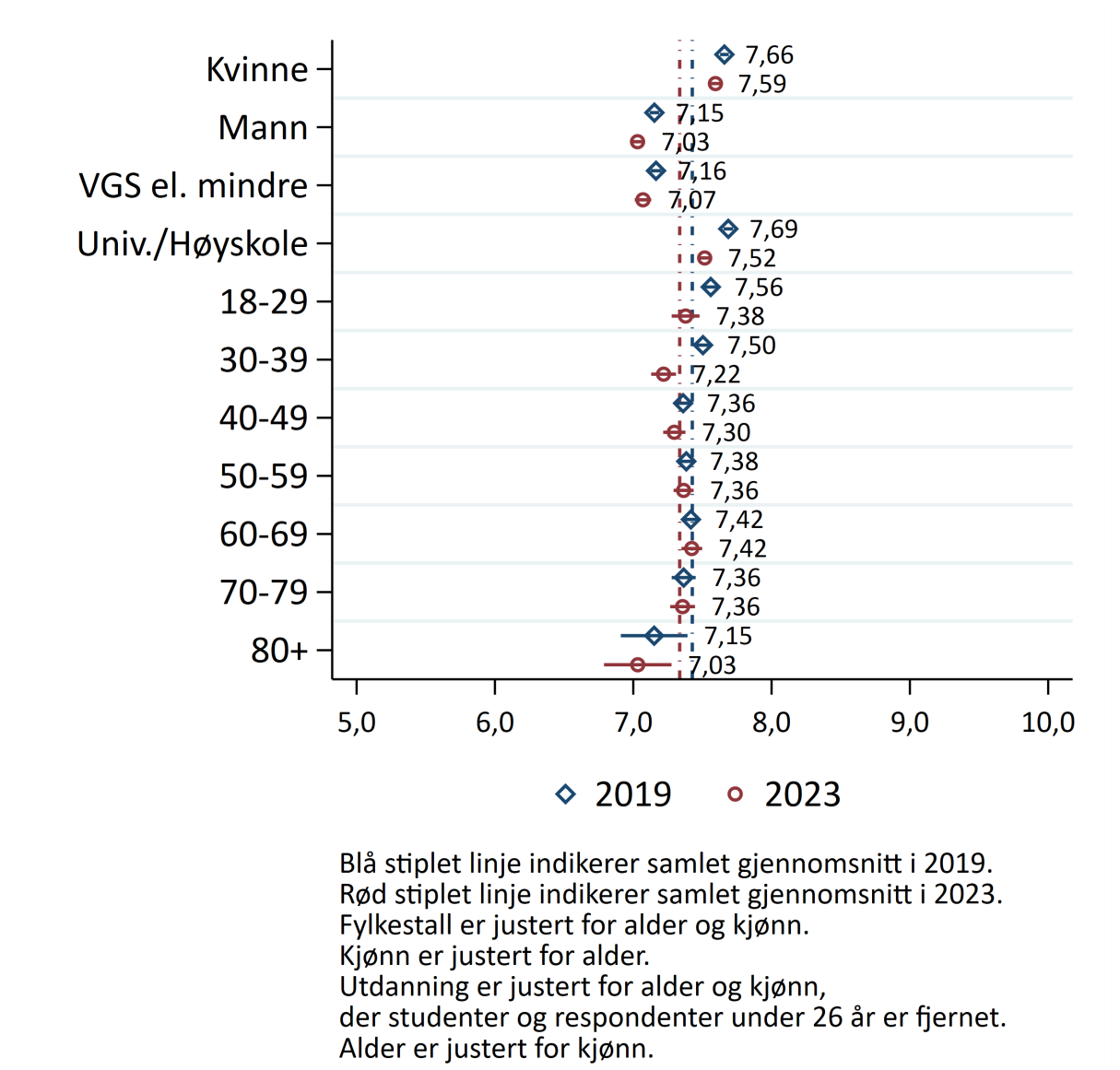
tilhørighettxt

4.10 Støttende og givende sosiale relasjoner

Totalt 46459 deltakere av 46564 (99,8 %) hadde gyldig svar på Støttende og givende sosiale relasjoner (skala: 0-10). Gjennomsnittsskåren var 7,43 (n=27991; KI95%: 7,40-7,45) i 2019 og 7,34 (n=18468; KI95%: 7,31-7,38) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 7,43 (KI95%: 7,41-7,45) i 2019 og 7,34 (KI95%: 7,31-7,38) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,05**.

Figur 10: Støttende og givende sosiale relasjoner i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

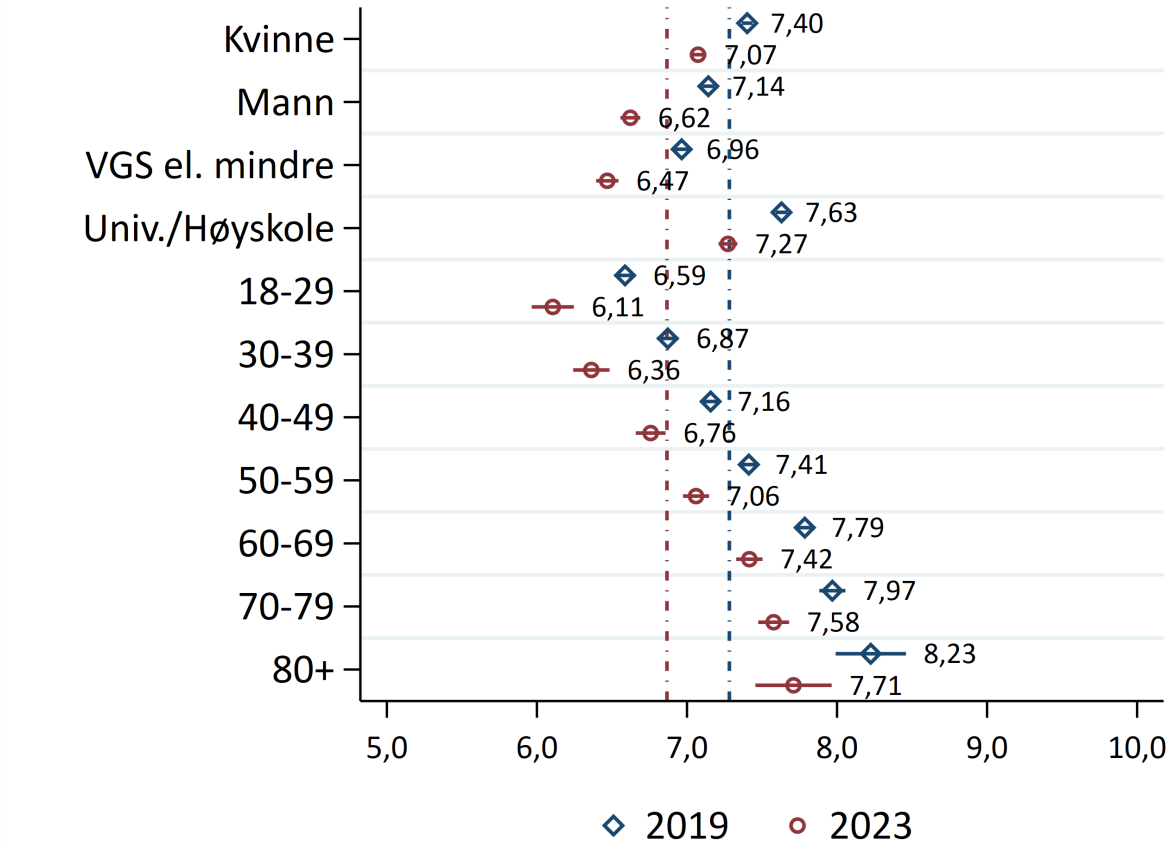
sosreltxt

4.11 Tillit til andre

Totalt 46420 deltakere av 46564 (99,7 %) hadde gyldig svar på Tillit til andre (skala: 0-10). Gjennomsnittsskåren var 7,23 (n=27984; KI95%: 7,21-7,26) i 2019 og 6,94 (n=18436; KI95%: 6,90-6,99) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 7,28 (KI95%: 7,26-7,31) i 2019 og 6,87 (KI95%: 6,83-6,91) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,17**.

Figur 11: Tillit til andre i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

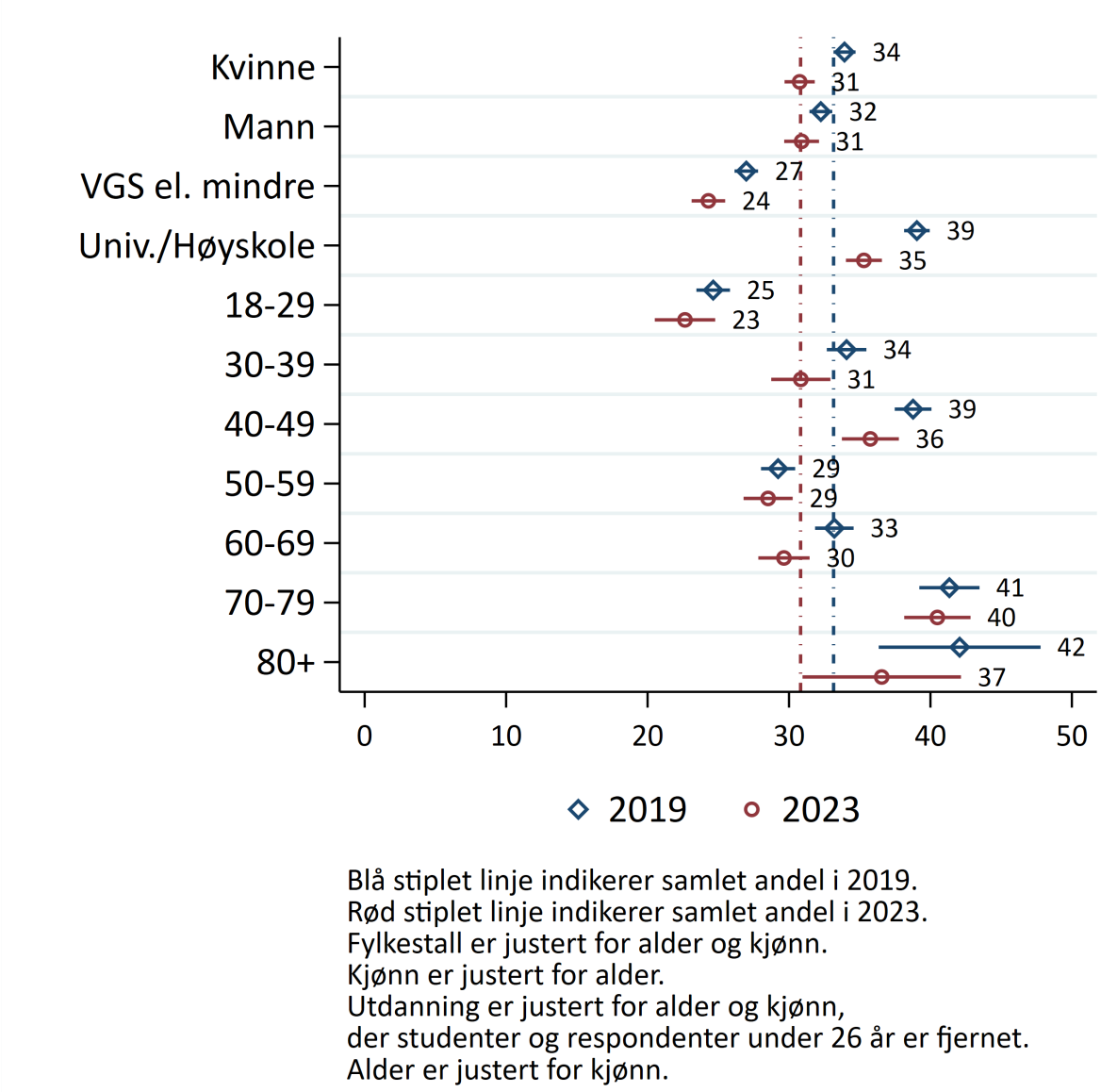
tillittxt

4.12 Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet

Totalt 46422 deltakere av 46564 (99,7 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet. Andelen var 32,8 % (n=27987; KI95%: 32,2-33,3) i 2019 og 31,4 % (n=18435; KI95%: 30,6-32,2) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 33,2 (KI95%: 32,6-33,7) i 2019 og 30,8 (KI95%: 30,0-31,6) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,05**.

Figur 12: Ukentlig deltakelse i organisert aktivitet i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

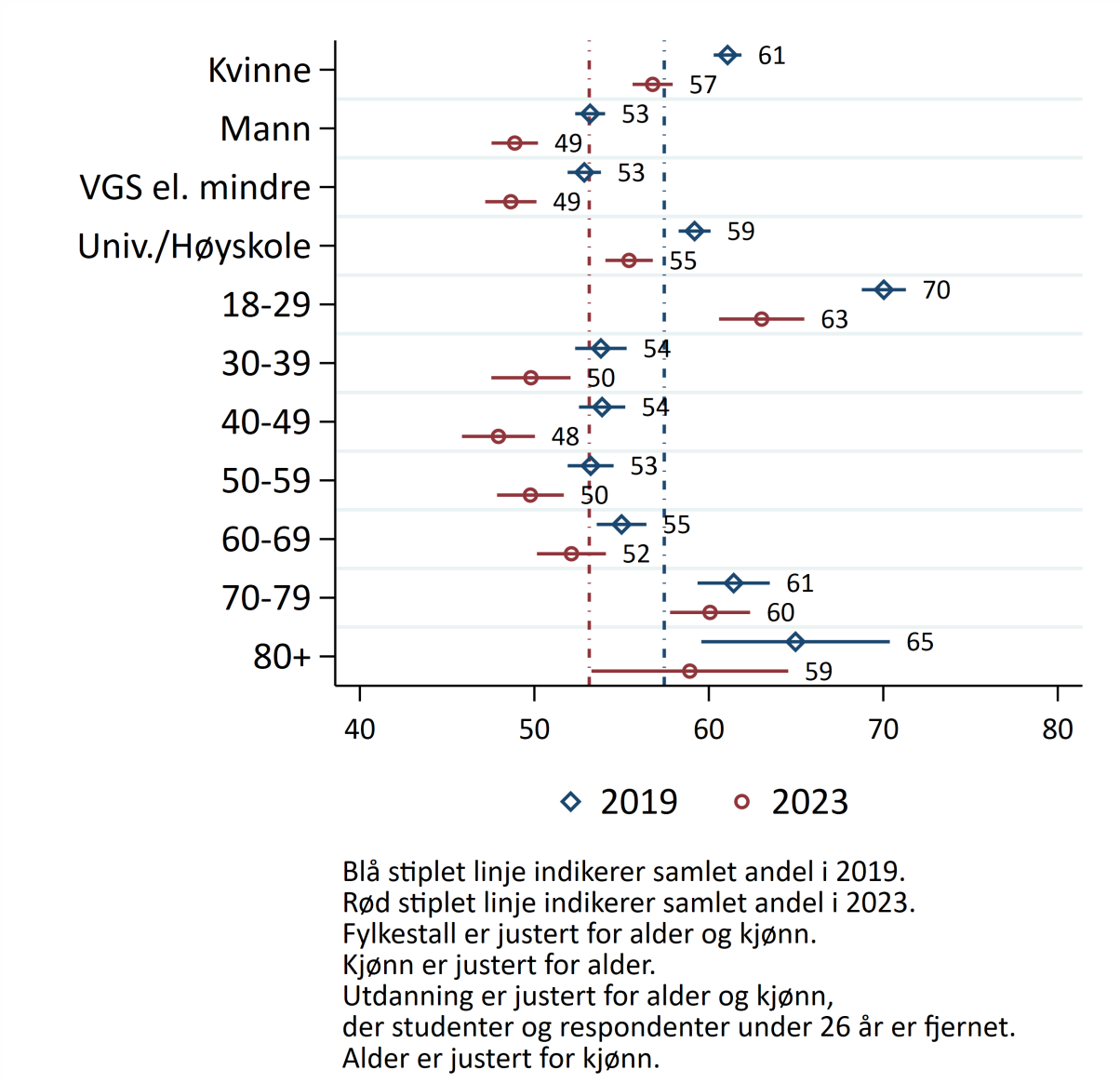
orgtxt

4.13 Ukentlig deltakelse i annen aktivitet

Totalt 46379 deltakere av 46564 (99,6 %) hadde gyldig svar på Ukentlig deltakelse i annen aktivitet. Andelen var 57,5 % (n=27993; KI95%: 57,0-58,1) i 2019 og 53,2 % (n=18386; KI95%: 52,4-54,1) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 57,5 (KI95%: 56,9-58,1) i 2019 og 53,3 (KI95%: 52,4-54,1) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,08**.

Figur 13: Ukentlig deltakelse i annen aktivitet i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

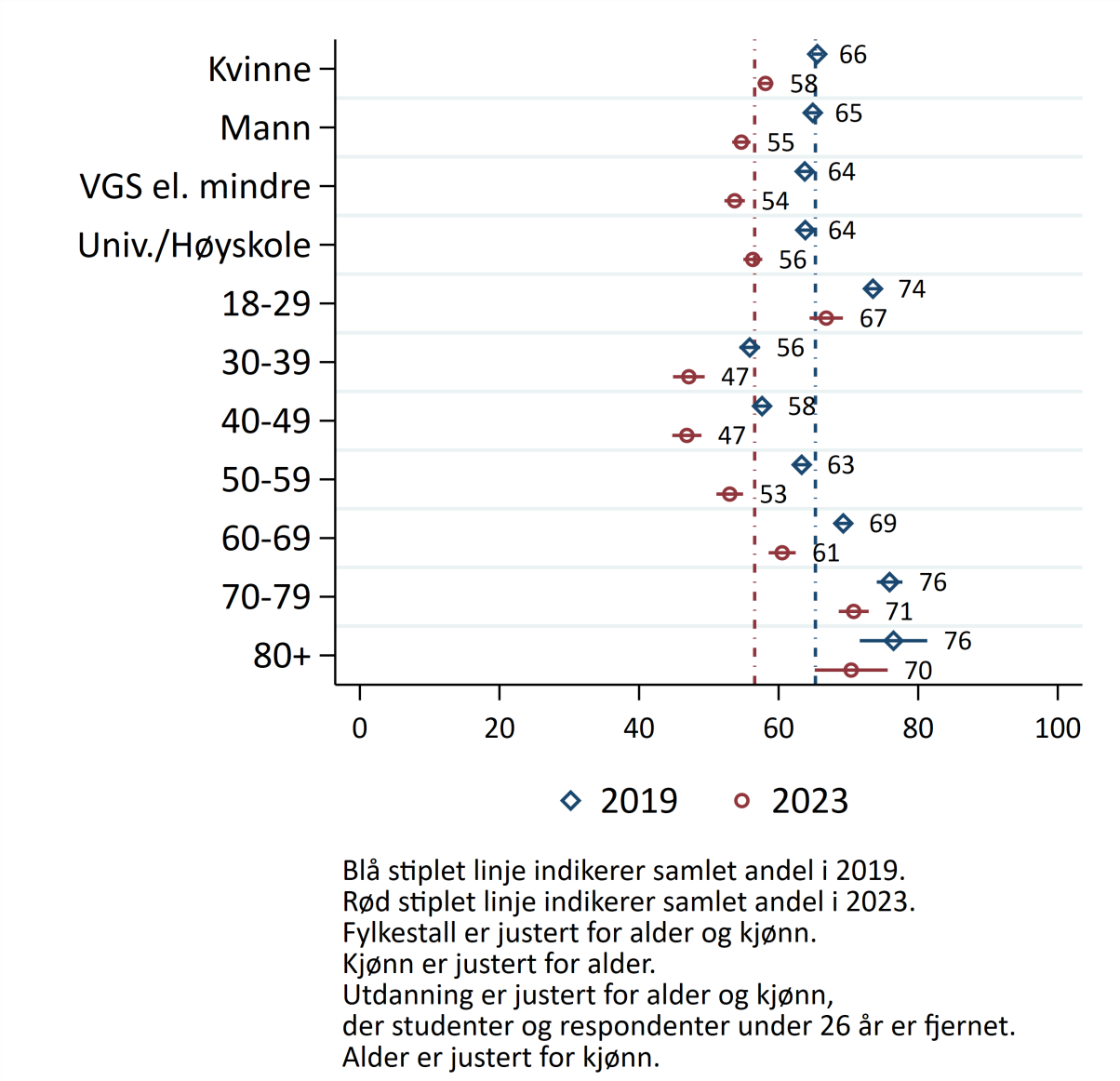
Uorgtxt

4.14 Sammen med gode venner ukentlig eller oftere

Totalt 46350 deltakere av 46564 (99.5 %) hadde gyldig svar på Sammen med gode venner ukentlig eller oftere. Andelen var 65,0 % (n=27918; KI95%: 64,4-65,5) i 2019 og 57,0 % (n=18432; KI95%: 56,2-57,9) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 65,3 (KI95%: 64,7-65,9) i 2019 og 56,6 (KI95%: 55,7-57,4) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,18**.

Figur 14: Sammen med gode venner ukentlig eller oftere i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

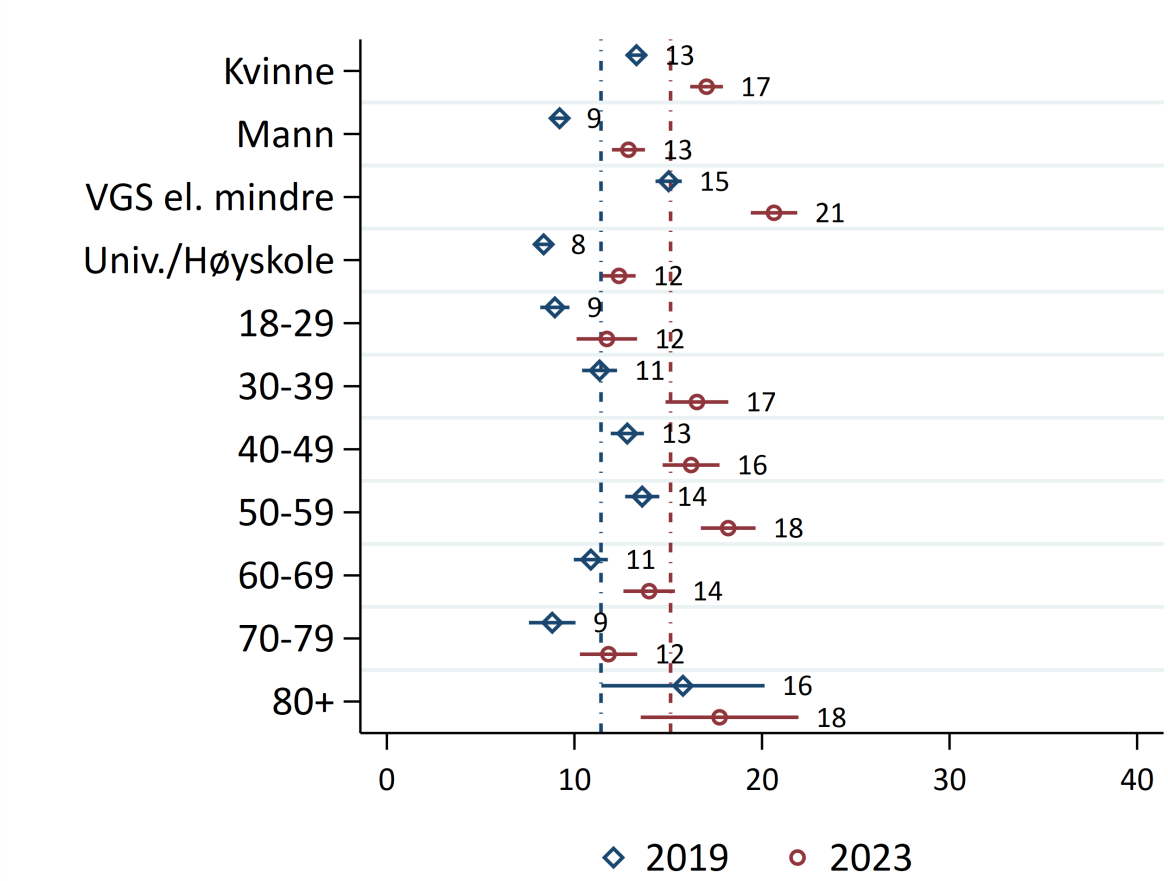
vennertxt

4.15 Hverdagen i stor grad påvirket av sykdommer/helseproblemer

Totalt 46304 deltakere av 46564 (99.4 %) hadde gyldig svar på Hverdagen i stor grad påvirket av sykdommer/helseproblemer. Andelen var 11,4 % (n=27915; KI95%: 11,0-11,8) i 2019 og 15,2 % (n=18389; KI95%: 14,6-15,8) i 2023.

Prosentandeler justert for alder og kjønn var 11,4 (KI95%: 11,0-11,8) i 2019 og 15,1 (KI95%: 14,5-15,8) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *h* på **0,11**.

Figur 15: Hverdagen i stor grad påvirket av sykdommer/helseproblemer i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet andel i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet andel i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

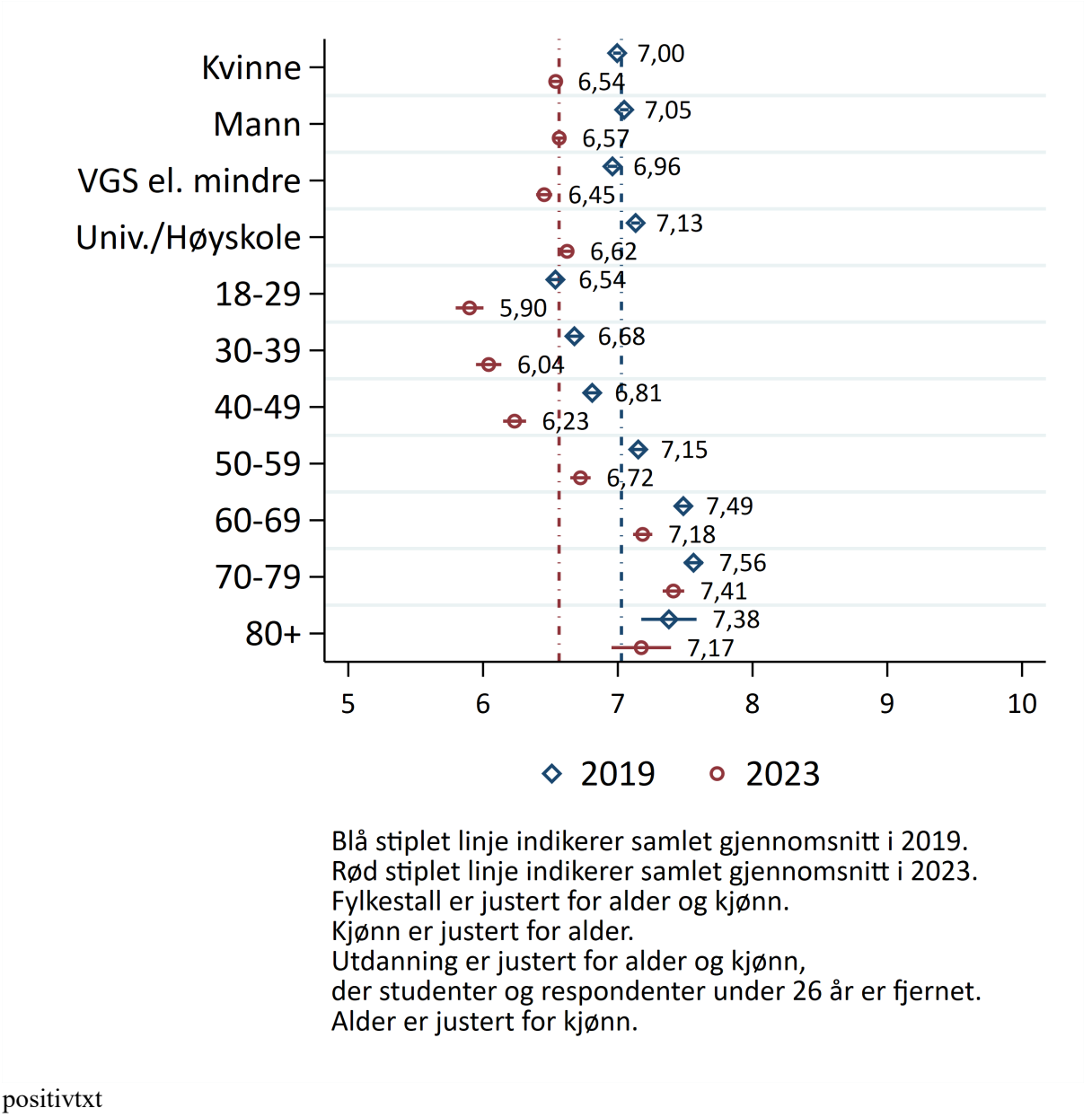
disabilitytxt

4.16 Positive følelser siste 7 dager

Totalt 46506 deltakere av 46564 (99.9 %) hadde gyldig svar på Positive følelser siste 7 dager. Gjennomsnittsskåren var 6,98 (n=28010; KI95%: 6,96-7,01) i 2019 og 6,63 (n=18496; KI95%: 6,59-6,66) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 7,03 (KI95%: 7,01-7,05) i 2019 og 6,56 (KI95%: 6,53-6,60) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,24**.

Figur 16: Positive følelser siste 7 dager i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

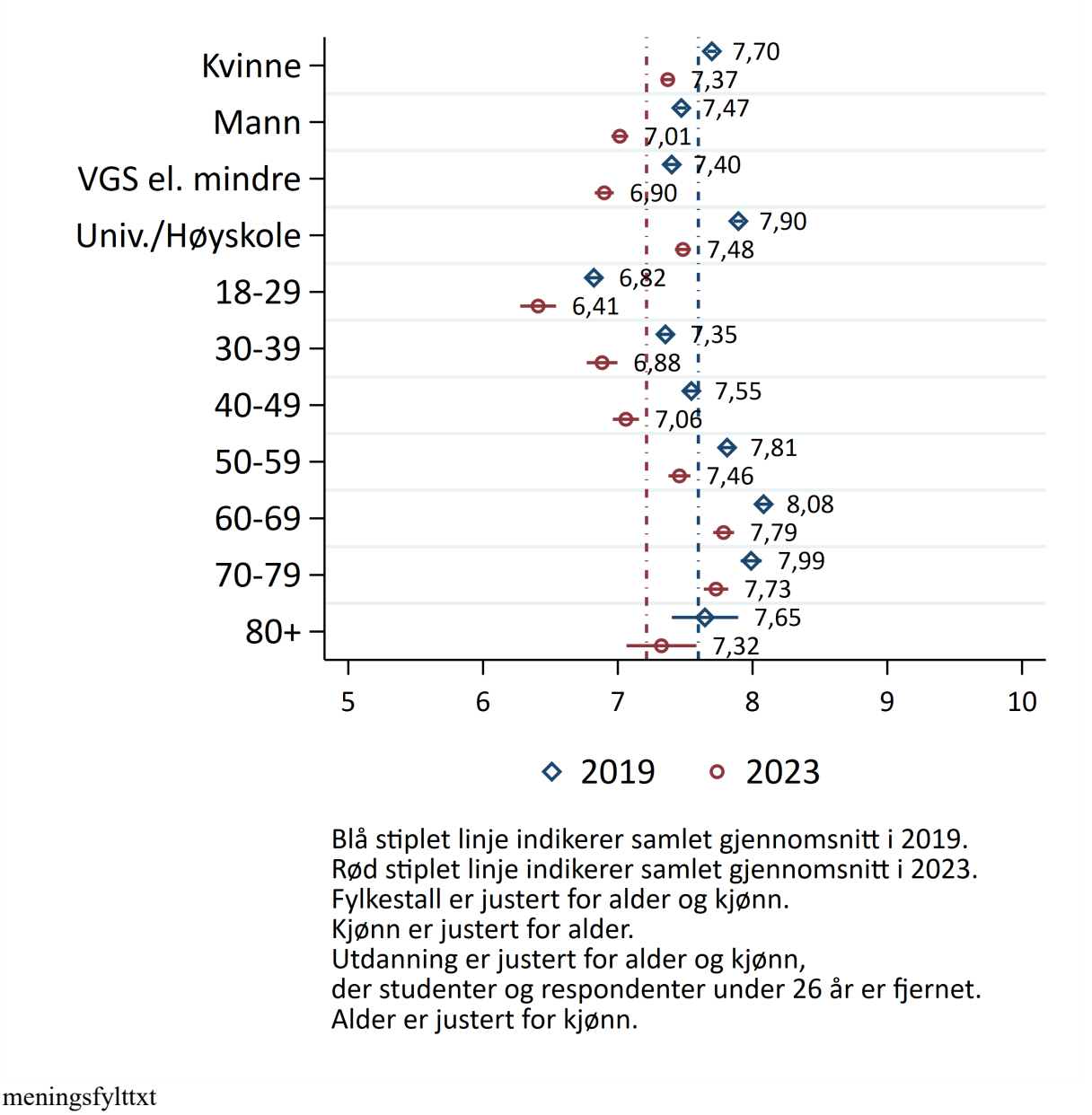
positivtxt

4.17 Det man gjør i livet er meningsfylt

Totalt 46322 deltakere av 46564 (99.5 %) hadde gyldig svar på Det man gjør i livet er meningsfylt. Gjennomsnittsskåren var 7,56 (n=27970; KI95%: 7,53-7,58) i 2019 og 7,27 (n=18352; KI95%: 7,23-7,31) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 7,60 (KI95%: 7,57-7,62) i 2019 og 7,21 (KI95%: 7,17-7,25) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,15**.

Figur 17: Det man gjør i livet er meningsfylt i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



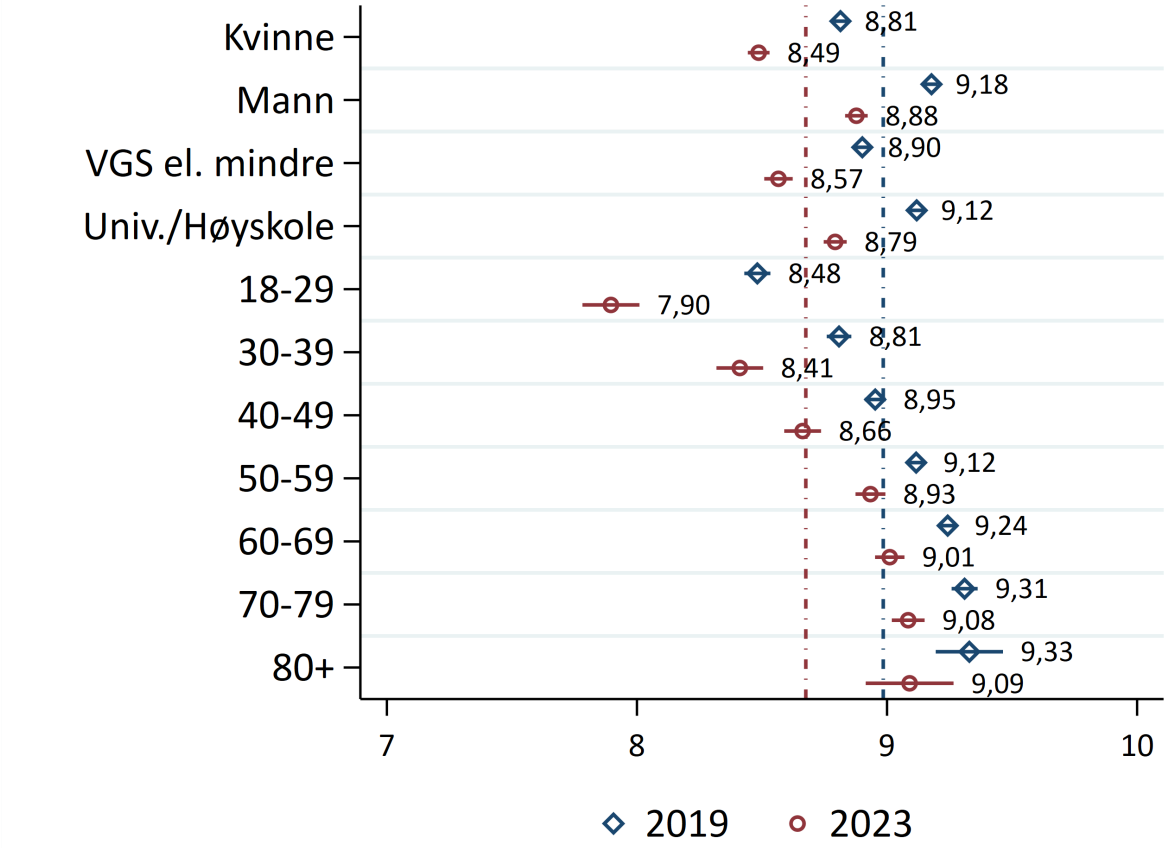
meningsfylttxt

4.18 Trygg i nærmiljøet

Totalt 46325 deltakere av 46564 (99.5 %) hadde gyldig svar på Trygg i nærmiljøet. Gjennomsnittsskåren var 8,96 (n=27987; KI95%: 8,94-8,98) i 2019 og 8,71 (n=18338; KI95%: 8,68-8,75) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 8,98 (KI95%: 8,97-9,00) i 2019 og 8,68 (KI95%: 8,64-8,71) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,17**.

Figur 18: Trygg i nærmiljøet i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

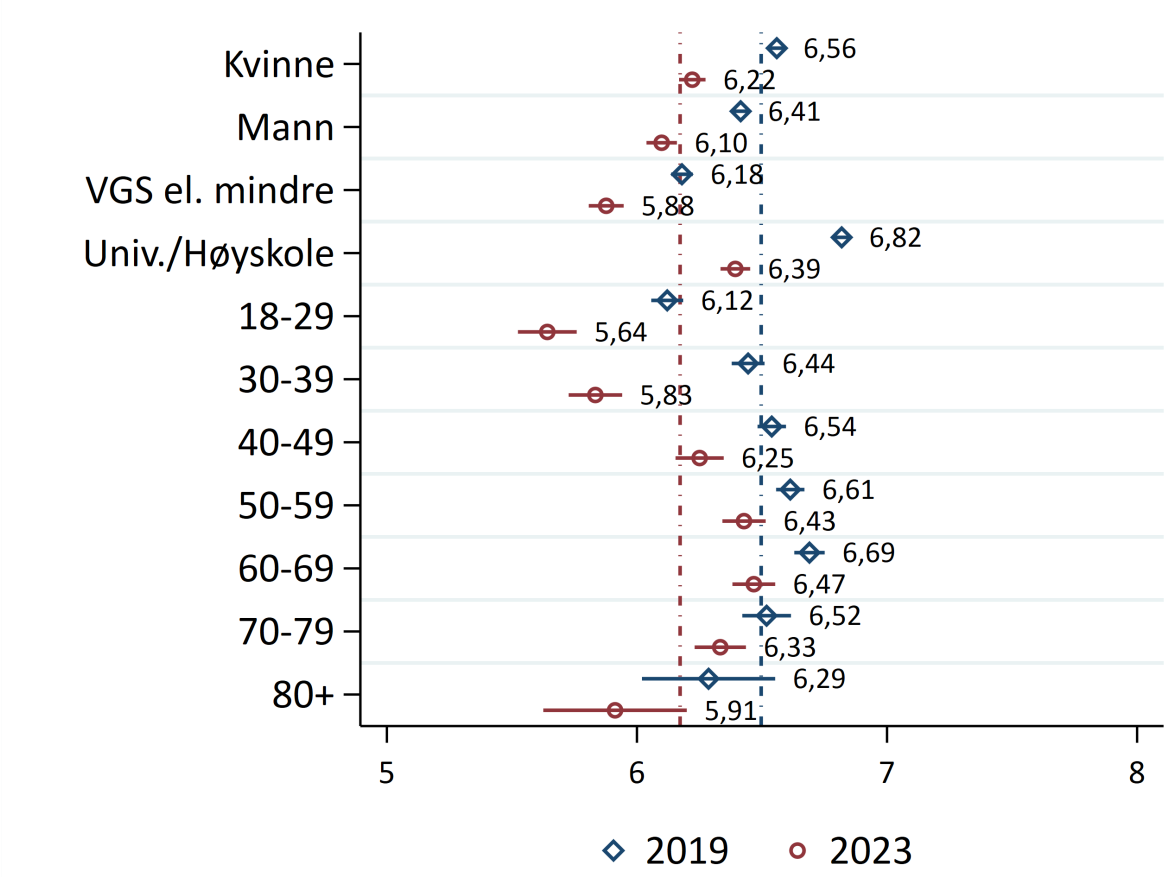
tryggtxt

4.19 Engasjement

Totalt 46222 deltakere av 46564 (99.3 %) hadde gyldig svar på Engasjement. Gjennomsnittsskåren var 6,48 (n=27872; KI95%: 6,45-6,51) i 2019 og 6,20 (n=18350; KI95%: 6,16-6,24) i 2023.

Gjennomsnitt justert for alder og kjønn var 6,50 (KI95%: 6,47-6,52) i 2019 og 6,17 (KI95%: 6,13-6,21) i 2023. Dette tilsvarer en Cohens *d* på **0,14**.

Figur 19: Engasjement i 2019 og 2023 i Agder etter kjønn, utdanning og alder.



Blå stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2019.
Rød stiplet linje indikerer samlet gjennomsnitt i 2023.
Fylkestall er justert for alder og kjønn.
Kjønn er justert for alder.
Utdanning er justert for alder og kjønn,
der studenter og respondenter under 26 år er fjernet.
Alder er justert for kjønn.

engasjerttxt

5 Oppsummering og diskusjon

5.1 FHUS Agder 2019 og 2023

Før vi oppsummerer de nye funnene fra Folkehelseundersøkelsen i Agder i 2023, skal vi se litt på resultater som vi har fra begge tidspunktene, både 2019 og 2023 [24]. Dette blant annet fordi vi kan forvente at en del av resultatene fra undersøkelsen i 2023 er nokså like det vi fant i 2019.

Datainnsamlingen ble den gangen gjennomført i månedene september og oktober, med andre ord på samme tid som datainnsamlingen i 2023. Oppslutningen var på hele 45,5 %, og også den gangen var svarprosenten høyere blant kvinner (50,1 %) enn blant menn (41,2 %). Antall som deltok i 2019 var 28 047.

5.1.1 Kjønnsforskjeller i 2019 som ble funnet også i 2023

Kvinner kom bedre ut enn menn på nokså mange av spørsmålene om helserelatert atferd. Det var en høyere andel kvinner enn menn som rapporterte at de sjelden eller aldri drakk sukkerholdig brus eller leskedrikk i 2019. I 2023 var andelen som drakk sukkerholdig brus eller leskedrikk minst 2-3 ganger i uken elle oftere høyere blant menn enn blant kvinner. Det var også langt høyere andeler kvinner enn menn som rapporterte at de spiste frukt og bær daglig eller grønnsaker daglig. Det var lavere andeler blant kvinner enn blant menn som brukte snus daglig, som drakk minst to alkoholenheter per uke og som drakk minst seks alkoholenheter ved en og samme anledning minst én gang i måneden. Det var også en litt høyere andel kvinner enn menn som oppgav at de deltok i ikke-organiserte aktiviteter hver uke. Blant kvinnene var det en lavere andel enn blant menn som rapporterte at det var mer enn to år siden sisten de sist besøkte tannlege eller tannpleier. Andelen overvektige blant kvinner var dessuten litt lavere enn blant menn.

Menn kom bedre ut enn kvinner på en del spørsmål som grenser opp mot psykisk helse. Menn hadde gjennomsnittlig høyere skår enn kvinner på det å føle seg trygge i nærmiljøet. Menn hadde lavere gjennomsnittlig skår på psykiske plager og på negative følelser, og en lavere andel menn enn kvinner rapporterte insomni (søvnproblemer). På et direkte spørsmål om ensomhet (skala 0-10), skåret kvinner høyere (var gjennomsnittlig mer ensomme) enn menn. Andelen ensomme basert på UCLA-skalaen (tre ledd) var høyere blant kvinner enn blant menn både i 2019 og i 2023, selv om dette ikke ble oppgitt i hovedrapporten fra 2019.

Kvinner skåret imidlertid høyere enn menn på sumskåren om «støttende og givende sosiale relasjoner». Kvinnene hadde også gjennomsnittlig høyere skår enn mennene på tillit til andre og på opplevelse av mening i det daglige.

5.1.2 Aldersforskjeller i 2019 som ble funnet også i 2023

I rapporten fra 2019 opererte vi med en nokså bred eldste aldersgruppe. Den omfattet alle som var 70 år eller eldre. Det kan tenkes at de aller eldste (80+ år) skårer forskjellig fra dem som tilhører aldersgruppen 70-79. Derfor har vi i den foreliggende rapporten skilt mellom disse to aldersgruppene. Dette har vi gjort til tross for at antall personer i den eldste aldersgruppen er nokså lavt (n= 425, uveid tall). Det lave antallet deltakere gjør at tallene vi regner ut for denne aldersgruppen er noe usikre.

Jo høyere alder, desto større andeler rapporterte i 2019 om god eller svært god tilgjengelighet til Kultur- og idrettstilbud, Butikker, spisesteder og andre servicetilbud, Offentlig transport og Parker og andre grøntareal. I 2023 fant vi at jo høyere alder, desto større andeler rapporterte om god eller svært god tilgjengelighet til Kulturtilbud, Idrettstilbud, Spisesteder og andre servicetilbud, Offentlig transport og Natur- og friluftsområder (inkludert parker og andre grøntarealer). Sammenhengene går ikke alltid helt fra yngste aldersgruppe til de aller eldste, og er ikke alltid like tydelige over hele aldersspennet. Det er likevel en generell tendens til at tilfredsheten med tilbudene i nærmiljøet øker noe med alderen. Dette til tross for at de eldre sannsynligvis har større problemer med bevegelighet og forflytning enn det de yngre har. Kanskje er kravene til god tilgjengelighet lavere eller tilbudene bedre tilpasset eldre? Det kan også tenkes at de eldste har litt andre bruksmønstre og behov for tilgjengelighet.

Noen former for helserelatert atferd blir bedre med alderen. Dette gjelder for eksempel kosthold og bruk av snus. Andelen som røyker daglig var svært lav blant de yngste både i 2019 og i 2023, øker så inntil aldersgruppen 50-59, men er igjen lav blant de eldste (70+). Overvekt følger et lignende mønster og øker med alderen inntil aldersgruppen 50-59 for deretter å synke.

Inntak av alkohol viser et spesielt interessant mønster. Jo eldre, desto høyere andel var det som rapporterte å drikke alkohol minst 2-3 ganger i uken. Blant menn faller denne andelen fra nest eldste til eldste aldersgruppe (2023). Forskjellene på tvers av aldersgrupper er svært store. Andelen som rapporterte at de har et episodisk høyt forbruk av alkohol (minst seks alkoholenheter ved én og samme anledning månedlig eller oftere) har en helt annen sammenheng med alder. Andelen er her høyest blant de yngste og faller sterkt med alderen. Antall alkoholenheter en drikker hver gang en drikker er desidert størst i den yngste aldersgruppen og faller kraftig med alderen (rapportert bare i 2023). Disse sammenhengene kjenner vi igjen fra tidligere FHUS-undersøkelser i andre fylker.

Deltakelsen i organiserte aktiviteter (i 2023 organisert aktivitet/frivillig arbeid) viste både i 2019 og i 2023 omtrent samme sammenheng med alder. Andelen som deltok i organiserte aktiviteter økte inntil alderen 40-49 år, for så å synke og deretter stige igjen, i 2023 først ved overgangen til gruppen 70 år eller eldre. I 2019 skilte vi ikke mellom dem som var 70-79 og dem som var 80 år eller eldre. Når vi introduserer dette skillet i 2023, viser det seg at de som er 80 år eller eldre er en såpass liten gruppe at konfidensintervallene for disse overlapper sterkt med konfidensintervallene for aldersgruppen 70-79.

Etter spørsmålet om organiserte aktiviteter og frivillig arbeid, har vi et spørsmål om «annen aktivitet» som for eksempel klubb, møter, treffe venner, trimturer med venner/kolleger eller andre. Dette kan kanskje kalles egenorganiserte aktiviteter. Deltakelse i egenorganiserte aktiviteter viste både i 2019 og 2023 et annet mønster over aldersgrupper. Andelen var høyest blant de yngste (18-29 år) for deretter å synke betydelig. Så steg andelen som deltok i egenorganiserte aktiviteter fra aldergruppen 50-59 til 70+, men mest blant kvinner. Igjen er antallet i den aller eldste aldersgruppen i 2023 såpass liten at konfidensintervallene overlapper sterkt.

Fra yngste aldergruppe (18-29) og opp til aldersgruppen 40-49 finner det sted en overgang fra egenorganiserte aktiviteter til organiserte og frivillige. Deretter er bildet mer sammensatt. Prosentandelene som deltar i aktiviteter, både organiserte/frivillige og egenorganiserte er relativt høye blant dem over 70 år.

Blant de eldste og de yngste fant vi både i 2019 og i 2023 de høyeste andelene som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig eller oftere.

Også på utfallsmål som har med psykisk helse, livskvalitet og relasjoner til andre mennesker blir tallene gunstigere med økende alder – både i 2019 og 2023. Jo eldre, desto høyere andeler rapporterte at de trives i nærmiljøet og at de er fornøyde med tilværelsen. Jo eldre, desto høyere gjennomsnittlig skår på positive følelser, tillit til andre mennesker, tilhørighet til stedet de bor og opplevelse av trygghet når de er ute og går i nærmiljøet. Et interessant funn i rapporten fra 2019 var at den aldersgruppen som hadde den laveste gjennomsnittlige skår på det å føle seg trygg i nærmiljøet, var kvinner i aldersgruppen 18-29 år. Vi fant det samme også i 2023.

Gjennomsnittlig skår på psykiske plager går ned med alderen. Det samme gjør negative følelser og ensomhet. Ensomhet er her målt på en skala fra 0-10. Når vi skiller ut de over 80 som egen gruppe i 2023, øker gjennomsnittlig skår på ensomhet fra aldersgruppen 70-79 til aldersgruppen 80+. Dette gjelder både menn og kvinner, men økningen er statistisk signifikant bare for mennenes del. Andel ensomme, målt ved bruk av UCLA-3-skalaen, viser også nedgang med alderen. Selv om dette ikke ble rapportert i hovedrapporten fra 2019, viser analyser i ettertid samme mønster også den gangen.

I 2019 fant vi den laveste andelen som rapporterte at de hadde hatt søvnproblemer sist uke i den eldste aldersgruppen (70+). I 2023 fant vi den laveste andelen med insomni i aldersgruppen 70-79.

Fra aldersgruppen 30-39 i 2019 og fra aldersgruppen 40-49 i 2023; jo eldre, desto lavere andel syntes det var vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til.

Kost oppsummert kan vi si at både i 2019 og i 2023 fant vi at svært mye blir bedre med stigende alder.

5.1.3 Forskjeller på tvers av utdanningsgrupper i 2019 og 2023

Inndelingen i utdanningsgrupper er noe endret fra 2019 til 2023. Dette er gjort for å få en inndeling som ligner mest mulig på den som brukes av Statistisk sentralbyrå. Vi skiller dessuten nå mellom dem som bare har videregående skole og dem som i tillegg har fagutdanning.

På mange områder fant vi både i 2019 og i 2023 en sterk sammenheng mellom utdanning og utfallsvariabler. De fleste av sammenhengene gikk i favør av dem med lengst utdanning. Dette gjelder helserelatert atferd som kosthold, fysisk aktivitet og røyking (synkende andel dagligrøykere med økende utdanning). Andelen overvektige synker med økende utdanning.

Også på utfallsmål som deltakelse i organiserte aktiviteter og deltakelse i andre aktiviteter fant vi både i 2019 og i 2023 klare utdanningsgradienter som gikk i de høyt utdannedes favør.

En rekke aspekter ved psykisk helse, livskvalitet og sosial inklusjon hang sammen med utdanning både i 2019 og i 2023. Jo høyere utdanning, desto høyere andel rapporterte at de hadde god sosial støtte. Jo høyere utdanning, desto høyere gjennomsnittlig skår på tilfredshet med livet, at det man gjør i livet er meningsfylt, positive (støttende og givende) sosiale relasjoner, tillit til andre, trygghet i nærmiljøet, positive følelser de siste 7 dagene og engasjement. Tilsvarende fant vi at jo høyere utdanning, desto lavere gjennomsnittlig skår på negative følelser siste 7 dager. Både i 2019 og i 2023 ble det benyttet en enkel 0-

10 skala for å måle ensomhet. Jo høyere utdanning, desto lavere gjennomsnittlig skår på ensomhet. I 2023 benyttet man i tillegg UCLA-3-skalaen for å beregne andelen ensomme. Andelen ensomme sank med høyere utdanning. Gjennomsnittlig skår på psykiske plager (HSCL-5) sank med høyere utdanning både i 2019 og i 2023. Og jo høyere utdanning, desto høyere var andelen som mente de har god eller svært god helse.

På ett område var tallene både i 2019 og i 2023 mindre gunstige for dem med høyest utdanning. Andelen som rapporterte at de drakk alkohol minst 2-3 ganger per uke økte med utdanning. Men det episodisk høye og dermed mest helsefarlige inntaket av alkohol, økte ikke med høyere utdanning.

Selv om det viste seg å være null-sammenhenger på noen utfallsmål, var det jevnt over et konsistent mønster av sammenhenger. Jo høyere utdanning, desto helsemessig gunstigere tall.

5.1.4 Forskjeller mellom regionene i Agder

Både i 2019 og i 2023 ble det stilt seks spørsmål om tilgjengelighet til ulike fasiliteter. Spørsmålene ble endret litt fra 2029 til 2023, men dekker langt på vei de samme temaene. Figurene 5.1 og 5.2 viser andelen som har svart god eller svært god tilgjengelighet på de ulike spørsmålene. Når det gjelder gang- og sykkelveier ble det ikke spurt om tilgjengelighet, men om å vurdere hvor godt utbygde de var. De mest positive og negative avvikene, tilsvarende Cohens *h*-verdier på 0,20 eller større, er markert med henholdsvis tydelig grønn og tydelig rød farge. Litt lysere farge betyr at avvikene er mindre sterke, tilsvarende Cohens *h*-verdier på 0,10-0,19.

I 2023 var tilgjengeligheten best for Natur, friluftsområder, parker og grøntarealer med 92 % som mente tilgjengeligheten var god eller svært god. Gjennomsnittsprosenten på tvers av regioner (hver region teller her like mye, uansett folketall) var på 93 %. Med et så høyt prosenttall ble selvsagt variasjonen på tvers av områder svært liten.

Den laveste andelen som svarte at tilgjengeligheten var god eller svært god fant vi for offentlig transport med et totaltall for hele fylket på 48 prosent. Her var forskjellene mellom regionene svært store og varierte fra 20 til 30 % i Lister, Setesdal og Østre Agder til 65 % og 55 % i Kristiansand og Arendal. Tilsvarende stor variasjon finner vi for andelen som svarte at Gang og sykkelveier var godt eller svært godt utbygde. Laveste tall finner vi her for Østre Agder og Lister med 31 % og 37 %. De høyeste andelene ble funnet i Kristiansand, Grimstad og Arendal med 74, 69 og 64 %.

Det er ikke særlig overraskende at byene kommer bedre ut enn de regionene som er mer spredtbygde når det gjelder tilgjengeligheten til offentlig transport og hvor godt utbygde man vurderer gang- og sykkelveier er. Om noe bør gjøres for å øke tilgjengeligheten til kollektivtransport og å gjøre en innsats for å gjøre noe med utbyggingen av gang- og sykkelveier i mer spredtbygde områder bør vel likevel vurderes nærmere.

Hvis en ser på svar på tvers av temaområder, er det noen regioner som kommer positivt ut på nesten alle (Fig. 5.2). De aller beste tallene finner vi i de tre byene Kristiansand, Arendal og Grimstad, med de to første i tet. De regionene som har de største negative avvikene, finner vi for Østre Agder og Lister. Den mest «gjennomsnittlige» regionen er Kristiansands-regionen.

I 2019 (Fig. 5.1) ser vi at Kultur og idrett begge tilhørte samme kategori. I 2023 var disse delt opp i to ulike kategorier. At tallene for de to kategoriene i 2023 var temmelig ulike,

viser at det var nødvendig med en slik oppdeling. For eksempel var det i Setesdal i 2023 hele 85 % som mente at tilgjengeligheten til idrettstilbud var god eller svært god. Dette var høyere enn gjennomsnittet for alle regionene. Andelen for kulturtilbud var på 51 %, noe som var langt lavere enn gjennomsnittet for alle regionene.

På de kategoriene som var identiske for 2019 og 2023 finner vi nokså like tall. Når det gjelder vurderingene av tilgjengeligheten til offentlig transport er ingen avvik mellom de to tidspunktene større enn 3 prosentpoeng. Det tyder på at tilbudet når det gjelder offentlig transport er nokså uforandret fra 2019 til 2023.

Andel som svarte at tilbudet er svært godt når det gjelder butikker, spisesteder og andre servicetilbud har gått noe ned i Lister (fra 80 til 67 %), men har også gått litt ned i Lindesnes (fra 84 til 77 %). Slike endringer kan for eksempel være et resultat av nedleggelser av butikkfilialer eller spisesteder.

På utfallsvariabler som dreier seg om andre områder enn tilgjengeligheten til fasiliteter, det vil si helse, livskvalitet, helserelatert atferd eller mellom-menneskelige relasjoner, er forskjellene mellom regionene i fylket for det meste svært små. Et eksempel er deltakelse i organiserte aktiviteter, som varierer fra 28 til 34 %. Andel som rapporterte at de har god eller svært god helse varierer mellom 65 og 72 %.

Noen få avvik er mer tydelige. Andel med fedme er lavere i Kristiansand enn i de andre regionene. Gjennomsnittlig skår på psykiske plager er så vidt lavere i Listerregionen enn gjennomsnittet for hele fylket. Andel som drikker alkohol minst 2-3 ganger i uken er lavere i Listerregionen og i Setesdalsregionen enn i de andre regionene. Gjennomsnittlig skår på tillit til andre er lavere i Setesdalsregionen enn i de andre regionene. Høyest skår på stedstilhørighet finner vi i Listerregionen. Gjennomsnittlig skår på trygghet i nærmiljøet er lavest i Kristiansand. Men disse spredte eksemplene på små forskjeller kan ikke rokke ved inntrykket av stor grad av homogenitet over regioner i Agder.

2019:

God eller svært god tilgjengelighet (% og Cohens *h**)	Lister	Setesdal	Østre Agder	Kr. sands-regionen	Kr. sand	Arendal	Grimstad	Lindesnes	Gjennomsnitt over regionene**	Total prosent for hele fylket
Kultur og idrett	84 (0,15)	79 (0,02)	66 (0,27)	74 (0,09)	79 (0,02)	77 (0,02)	84 (0,15)	81 (0,07)	78	78
Butikker, spisesteder, service-tilbud	80 (0,03)	76 (0,12)	75 (0,15)	76 (0,12)	86 (0,14)	86 (0,14)	86 (0,14)	84 (0,08)	81	83
Offentlig transport	25 (0,34)	31 (0,21)	21 (0,44)	42 (0,02)	67 (0,53)	56 (0,30)	52 (0,22)	36 (0,10)	41	50
Natur, friluftsområder	96 (0,05)	98 (0,17)	95 (0,00)	96 (0,05)	95 (0,00)	93 (0,08)	93 (0,08)	96 (0,05)	95	95
Parker, grøntarealer	81 (0,07)	80 (0,05)	71 (0,16)	77 (0,02)	83 (0,13)	69 (0,20)	80 (0,05)	85 (0,18)	78	79
Gang- og sykkelveier* **	35 (0,38)	56 (0,04)	29 (0,51)	56 (0,04)	75 (0,44)	65 (0,22)	73 (0,40)	43 (0,22)	54	61

* Cohens *h* viser her avviket fra gjennomsnittstallet over regionene uttrykt som effektstørrelse.

** Disse gjennomsnittstallene er beregnet ved at hver region teller like mye. Tallene her vil derfor avvike litt i forhold til prosenter som gjelder hele fylket.

***Svært godt eller godt utbygde

Figur 5.1: Tilgjengelighet til fasiliteter, 2019.

2023:

God eller svært god tilgjengelighet (% og Cohens *h**)	Lister	Setesdal	Østre Agder	Kr. sands-regionen	Kr. sand	Arendal	Grimstad	Lindesnes	Gjennomsnitt over regionene**	Total prosent for hele fylket
Kultur	69 (0,02)	51 (0,35)	48 (0,41)	60 (0,17)	82 (0,33)	83 (0,35)	74 (0,13)	73 (0,11)	68	73
Idrett	81 (0,03)	85 (0,13)	76 (0,10)	79 (0,02)	80 (0,00	77 (0,07)	78 (0,05)	80 (0,00)	80	79
Butikker, spisesteder, service-tilbud	67 (0,20)	71 (0,11)	71 (0,11)	74 (0,05)	84 (0,20)	86 (0,26)	80 (0,10)	77 (0,02)	76	79
Offentlig transport	22 (0,39)	30 (0,21)	20 (0,44)	40 (0,00)	65 (0,51)	55 (0,30)	49 (0,18)	36 (0,08)	40	48
Natur, frilufts-områder, parker, grøntarealer	93 (0,00)	96 (0,13)	93 (0,00)	92 (0,04)	92 (0,04)	89 (0,14)	91 (0,07)	94 (0,04)	93	92
Gang- og sykkelveier* **	37 (0,34)	62 (0,16)	31 (0,47)	52 (0,04)	74 (0,42)	64 (0,20)	69 (0,31)	42 (0,24)	54	59

* Cohens *h* viser her avviket fra gjennomsnittstallet over regionene uttrykt som effektstørrelse.

** Disse gjennomsnittstallene er beregnet ved at hver region teller like mye. Tallene her vil derfor avvike litt i forhold til prosenter som gjelder hele fylket.

***Svært godt eller godt utbygde

Figur 5.2: Tilgjengelighet til fasiliteter, 2023.

5.2 Nye funn fra FHUS Agder 2023

Resultatene fra Folkehelseundersøkelsen i Agder i 2023 bekrefter det bildet som tegnes ovenfor. Men bildet fylles ut av en del funn som er basert på spørsmål som ikke var med i undersøkelsen eller ikke ble tatt med i hovedrapporten fra 2019.

I spørreskjemaet i 2023 var det blant annet tatt inn noen nye spørsmål om (i) korsryggsmerter, (ii) nakkesmerter og (iii) fremtidsoptimisme. I spørreskjemaet fra 2019 ble det stilt spørsmål om (iv) langvarige sykdommer eller helseproblemer og (v) funksjonsnedsettelse på grunn av skade, men resultatene på disse utfallsvariablene ble ikke presenterte i hovedrapporten fra undersøkelsen.

5.2.1 Kjønnsforskjeller

En langt høyere andel kvinner enn menn oppgav i 2023 at hverdagen deres i stor grad var påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer (17,1 % mot 12,8%). Høyere andeler av kvinnene enn av mennene rapporterte at de hadde hatt korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene (48,2 % mot 41,4 %) og nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene (49,4 % mot 32,5 %).

Andelen som rapporterte at hverdagen i stor grad var påvirket av funksjonsnedsettelse som følge av skade var nokså lik for kvinner (7,6 %) og menn (6,9 %) (h=0.03).

Den gjennomsnittlige skåren på fremtidsoptimisme var likevel høyere blant kvinner enn blant menn (d=0,13). En høyere andel kvinner enn menn rapporterte høy grad av sosial støtte (41,4 % mot 34,2 %). Dette var også tilfelle i 2019 hvis en definerte sosial støtte like strengt i 2019 som i 2023. I rapporten fra 2019 benyttet vi en mindre streng definisjon av hva som var høy grad av sosial støtte.

I 2023 skåret kvinner litt høyere enn menn på positive følelser siste 7 dager. I 2019 gikk forskjellen motsatt vei. Menn skåret litt høyere enn kvinner. Men sumskåren var i 2019 basert på bare to ledd (glad, rolig og avslappet). I 2023 benyttet vi fire ledd, de to opprinnelige samt to nye (lykkelig, takknemlig). Hvis en benyttet sumskåren med bare to ledd i 2023, fikk en omtrent samme kjønnsforskjell som i 2019, med litt høyere skår på positive følelser blant menn enn blant kvinner. Alle disse forskjellene var for små til å kunne tillegges særlig vekt.

5.2.2 Aldersforskjeller

Andel som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer når opp i 20 % blant kvinner mellom 40 og 59 og blant kvinner som er 80 år eller eldre. Blant mennene er tallene lavere, særlig blant de yngste, der andelen er nede i 8 %.

Andelen som rapporterte at hverdagen deres i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse forårsaket av skade (7,3 % for alle sett under ett) varierer nokså lite over aldersgrupper, men er lavest blant menn i yngste aldersgruppe (3 %).

Andelen som oppgav at de hadde hatt smerter i korsryggen i løpet av de siste 28 dagene (45,2 %) varierer nokså lite over aldersgrupper og er omtrent like høy blant de yngste (18-29 år) som blant de eldste (80 år+).

Andelen som oppgav at de hadde hatt smerter i nakken i løpet av de siste 28 dagene endrer seg lite over de tre yngste aldersgruppene, men synker deretter fra 40-49 hos kvinner fra 50-59 og hos menn til de passerer 70.

Fremtidsoptimismen endrer seg nokså lite opp til aldersgruppen 60-69, synker noe ved passerte 70 og synker deretter naturlig nok enda mer ved passerte 80. Det siste gjelder særlig menn.

Bildet som tegnes når vi ser på de utfallsmålene som er nye i 2023 er litt forskjellig fra budskapet om at det meste blir bedre med alderen. At hverdagen påvirkes vel så mye av langvarige sykdommer eller helseproblemer og at hverdagen påvirkes vel så mye av funksjonsnedsettelser som følge av skade blant de aller eldste er ikke overraskende, men bryter litt med deres globale vurderinger av egen helse. På spørsmålet om hvordan de vurderer sin egen helse gjør de kanskje en automatisk sammenligning med andre på sin alder, selv om de ikke bes om å gjøre dette slik spørsmålet er formulert. Andelen som rapporterte om smerter i korsryggen endrer seg lite over alder, og andelen som rapporterte om smerter i nakken synker noe fra 50-59 år og oppover. Dette aller siste funnet passer godt med den generelle beskrivelsen om at det meste blir bedre med alderen.

Når de aller eldste skilles ut som egen gruppe, slik vi har gjort i 2023, kommer de på en del utfallsvariabler ut med mindre gunstige tall enn de som er 70-79. Dette gjelder for eksempel:

- Lavere andeler som rapporterte at de hadde god eller svært god helse eller tannhelse
- Høyere andel som svarte at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarig sykdom eller helseproblemer
- Høyere andel som rapporterte at de hadde funksjonsnedsettelse grunnet skade
- Høyere andel som rapporterte at de hadde hatt korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene
- Lavere andel som rapporterte at de var minst moderat fysisk aktive
- Lavere gjennomsnittlig skår på opplevelse av mening i det daglige
- Høyere gjennomsnittlig skår på ensomhet og høyere andel ensomme
- Høyere gjennomsnittlig skår på psykiske plager
- Lavere gjennomsnittlig skår på støttende og givende sosiale relasjoner
- Lavere gjennomsnittlig skår på engasjement.
- Lavere gjennomsnittlig skår på tilfredshet med livet (blant menn)
- Lavere gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme (statistisk signifikant forskjell)

På utfallsvariabler som hadde med alkoholbruk å gjøre, kom de aller eldste litt gunstigere ut enn de som var i aldersgruppen 70-79. Det var en lavere andel som rapporterte at de drakk alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere eller at de hadde et episodisk høyt forbruk av alkohol. Antall alkoholenheter de drakk per gang de drakk alkohol var litt lavere enn blant

de litt yngre. Blant dem som var 80 år eller eldre var det også en høyere andel som rapporterte daglig inntak av frukt eller bær.

Og for fullstendighetens skyld skal det nevnes at det blant de aller eldste, sammenlignet med dem som var 70-79 var en høyere andel som rapporterte om inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger i uken eller oftere.

Alle forskjellene som beskrives ovenfor var temmelig små, og i praktisk talt alle tilfellene er antallet i den eldste gruppen for lite til at vi oppnådde statistisk signifikans. Mønsteret av forskjeller var likevel ganske konsistent og kanskje vi kan si at de også var i tråd med forventningene. Vi kan likevel ikke trekke noen sikre konklusjoner, men heller betrakte de forskjellene som er beskrevet ovenfor som grunnlag for videre undersøkelser. Her kan vi for eksempel få sikrere statistikk ved å slå sammen dataene fra flere fylker og dermed få et tilstrekkelig stort antall observasjoner i den eldste aldersgruppen.

Frafallet blant de som er 80 år eller eldre er høyere enn blant de som er i aldersgruppen 70-79. Dette kan blant annet skyldes mindre kyndighet i bruk av digitale medier blant de eldste. Foreløpig upubliserte resultater av analyser av data fra fylker der en har supplert den elektroniske datainnsamlingen med datainnsamlinger via postale papirskjemaer viser at andelen ensomme blant dem som svarte på papirskjema er høyere enn andelen ensomme blant dem som svarer elektronisk. Dette tyder på at vi i den aller eldste gruppen har seleksjonseffekter som har betydning for resultatene. Det kan godt tenkes at det bildet vi får av de eldste på utfall som har med psykisk helse, sosial situasjon og livskvalitet å gjøre er for positivt.

5.2.3 Utdanning

For spørsmålet om fremtidsoptimisme, som var nytt i 2023, finner vi en tydelig utdanningsgradient. Jo høyere utdanning, desto høyere skår på fremtidsoptimisme. Det var imidlertid praktisk talt ingen forskjell mellom de som hadde videregående skole og de som i tillegg hadde fagskole eller universitets- eller høgskoleutdanning med mindre enn to års varighet.

I 2023 fant man at gjennomsnittlig antall alkoholenheter en inntar hver gang en drikker alkohol gikk ned med økende utdannelse, hos kvinner først fra videregående skole og oppover.

Resultatene som er spesifikke for 2023 forsterker bare bildet av at det meste blir bedre med økende utdanning. Dette gjelder både fremtidsoptimisme og hvor mye en drikker når en inntar alkohol.

5.2.4 Den nye prediktoren: I hvilken grad strekker pengene i husholdningen til?

I denne rapporten har vi inkludert en ny prediktor i standard-diagrammene, nemlig vurderingen av hvor lett eller vanskelig det er å få pengene i husholdningen til å strekke til i det daglige. Dette er tenkt som en indikasjon på sosial ulikhet. Men den er av en annen type enn når en spør om eller innhenter konkrete og objektive opplysninger om inntekt (for eksempel personlig registerbasert inntekt eller husholdningsinntekt). Det er fullt mulig å oppleve at det er vanskelig å få pengene til å strekke til selv om en har forholdsvis høy inntekt. Og en kan godt oppleve at det er lett å få pengene til å strekke til selv om en har en moderat inntekt. Opplevelsen av ens økonomiske situasjon er avhengig av hvor godt en lykkes med å tilpasse forbruket etter inntekten. Vi må likevel regne med at jo mer

en selv eller medlemmene av husholdningen tjener, desto større sannsynlighet vil det være for at en opplever at pengene i stor grad strekker til.

Det kan innvendes mot dette målet at tolkningen av sammenhenger kan bli vanskelig. Hvis en finner at de som har vanskelig for å få pengene i husholdningen til å strekke til også har høyere skår på negative emosjoner og høyere skår på psykiske plager. Skyldes dette i så fall at opplevelsen av den økonomiske situasjonen har konsekvenser for ens sinnstilstand og ens psykiske tilstand? Eller kan det tenkes helt motsatt, at en person som er i dårlig humør og nedfor også ser negativt på sin økonomiske situasjon?

Men det finnes også argumenter for å benytte subjektiv vurdering av økonomisk situasjon som en prediktor og forklaringsvariabel. Det er ikke nødvendigvis den faktiske inntekten som betyr mest for ens psykiske helse og livskvalitet, men heller i hvilken grad økonomien oppleves som problematisk [25].

Uansett hvordan sammenhengene kan forklares, vil sterke sammenhenger være av interesse. Hvis det er slik at vurdering av økonomisk situasjon og sinnstilstand er sterk, betyr det kanskje at de to forholdene forsterker hverandre gjensidig, og at det å skape positive endringer kan handle om å intervenere på mer enn bare én bestemt måte. En økt inntekt kan tenkes å gi et lavere nivå av opplevde belastninger og dermed bedre psykisk helse og økt livskvalitet. At mange av de med psykiske problemer opplever sin økonomiske situasjon som vanskelig er dessuten et argument for å gjøre økonomisk rådgivning til et viktig supplerende tilbud i forbindelse med andre tiltak som for eksempel terapi.

Det å oppleve at det er vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige henger sammen med mindre gunstig helserelatert atferd:

- Lavere andel som er fysisk aktive (ut fra et mål som tilnærmet svarer til Helsedirektoratets anbefalinger for fysisk aktivitet)
- Et mindre gunstig kosthold (alle de fire utfallsvariablene)
- Høyere andel som røyker daglig
- Høyere andel som bruker snus daglig

På ett punkt er sammenhengen motsatt, nemlig når det gjelder alkohol. Vi finner en viss tendens til at det blant dem som opplever økonomiske vansker er en lavere andel som rapporterer at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Derimot er der bare svake sammenhenger mellom rapporterte økonomiske vansker og antall alkoholenheter per gang man drikker, og episodisk høyt alkoholforbruk.

Det å oppleve at det er vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige henger sammen med en rekke variabler som har med helse og livskvalitet å gjøre.

- Lavere andel rapporterte at de har god eller svært god helse
- Lavere andel rapporterte at de har god eller svært god tannhelse
- Høyere andel oppgav at det er mer enn to år siden de var hos tannlege eller tannpleier
- Høyere andel hadde fedme (KMI 30 eller høyere)
- Høyere andel hadde insomni

- Høyere gjennomsnittlig skår på psykiske plager
- Høyere andeler som rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer
- Høyere andeler som rapporterte at hverdagen i stor grad er påvirket av funksjonsnedsettelse på grunn av skade
- Høyere andel som rapporterte korsryggsmerter i løpet av de siste 28 dagene
- Høyere andel som rapporterte nakkesmerter i løpet av de siste 28 dagene
- Lavere gjennomsnittlig skår på tilfredshet med livet
- Lavere gjennomsnittlig skår på fremtidsoptimisme
- Lavere gjennomsnittlig skår på at det man gjør i livet er meningsfylt
- Lavere skår på positive følelser siste 7 dager
- Høyere gjennomsnittlig skår på negative følelser siste 7 dager
- Lavere gjennomsnittlig skår på engasjement

Det å oppleve at det er vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige henger også sammen med en rekke variabler som har med relasjonen til andre mennesker å gjøre:

- Lavere andel som trives i nærmiljøet
- Lavere andel med høy grad av sosial støtte
- Lavere gjennomsnittlig skår på støttende og givende sosiale relasjoner
- Høyere andel som rapporterte ensomhet etter UCLA-3-skalaen
- Høyere gjennomsnittlig skår på ensomhet målt på en skala fra 0-10
- Lavere gjennomsnittlig skår på tillit til andre
- Lavere gjennomsnittlig skår på stedstilhørighet
- Lavere gjennomsnittlig skår på hvor trygge de føler seg i nærmiljøet

En del av de sammenhengene som nevnes ovenfor er svært sterke. Blant dem som opplever det som svært lett å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige er det for eksempel 83 % av kvinnene og 81 % av mennene som oppgav at de har svært god eller god helse. Blant dem som synes det er svært vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til i det daglige er tallene 36 % (blant kvinner) og 40 % (blant menn). Tilsvarende sterke sammenhenger finner vi når det gjelder tannhelse og om det er mer enn 2 år siden siste besøk hos tannlege eller tannpleier, søvnproblemer, i hvilken grad hverdagen er påvirket av langvarige sykdommer eller helseproblemer og fremtidsoptimisme, for å nevne noen utfallsvariabler.

I noen tilfeller er sammenhengene tilnærmet lineære. Vi finner tydelige forskjeller over hele skalaen, fra dem som rapporterte at det er svært lett å få inntektene i husholdningen til å strekke til i det daglige over til dem som syntes det er svært vanskelig. Slike

sammenhenger kalles gjerne gradienter. Det gjelder for eksempel andelen som rapporterte høy grad av sosial støtte.

I andre tilfeller er sammenhengene ikke helt lineære, men likevel monotone (stigende eller synkende over hele skalaen). Forskjellene kan være store på den ene enden av skalaen, men små på den andre enden. Dette gjelder for eksempel gjennomsnittlig skår på psykiske plager. Forskjellen mellom de som oppgav at det er svært vanskelig å få husholdningsinntekten til å strekke til det daglige og dem oppgav at det er forholdsvis vanskelig er på 0,55 blant kvinner og 0,69 blant menn. De tilsvarende forskjellene på den andre enden av skalaen er 0,26 og 0,22.

Til sist kan vi nevne at jo vanskeligere den økonomiske situasjonen i husholdningen oppleves å være, desto lavere andeler rapporterer om god eller svært god tilgjengelighet til kulturtilbud, idrettstilbud, servicetilbud som butikker og spisesteder, offentlig transport og natur- og friluftsområder, og desto høyere andel svarer at de opplever at gang- og sykkelveier i nærmiljøet ikke er godt utbygde. Disse sammenhengene er ikke særlig sterke, men de er statistisk signifikante når en sammenligner yttergruppene.

Vi kan også føye til at jo bedre den økonomiske situasjonen oppleves, desto høyere var andelen som rapporterte at de ukentlig deltar i organiserte aktiviteter. Det samme gjelder deltakelse i egenorganiserte aktiviteter.

Kanskje gjenspeiler disse sammenhengene at det meste i livet oppleves mer problematisk når en er i en vanskelig økonomisk situasjon. Eller kanskje gjenspeiler sammenhengene at mange tilbud og mange aktiviteter faktisk er vanskeligere tilgjengelige for de som har en økonomisk situasjon som oppleves som vanskelig.

5.3 Endringer i Agder fra 2019 til 2023

I del 4 presenteres et sett med analyser der vi har sett på endringer fra 2019 til 2023. For å sikre best mulig sammenlignbarhet, er totaltallene for endringer fra 2019 til 2023 justert for alder og kjønn, og det er regnet ut effektstørrelser for at en bedre skal kunne vurdere hvor store endringene er.

Den største endringen målt i effektstørrelse er på utfallsvariabelen «Tilfredshet med livet». Gjennomsnittlig skår på skalaen som går fra 0-10 går ned fra 7,63 til 7,08 (justerte tall). Dette tilsvarer en Cohens *d*-verdi på 0,26. Den gjennomsnittlige nedgangen er nokså lik på tvers av kjønn og utdanningsgrupper, men ser ut til å ha vært noe sterkere i yngre enn i eldre aldersgrupper.

Den nest største endringen målt i effektstørrelse finner vi på utfallsvariabelen «Positive følelser de siste syv dager». Gjennomsnittlig skår på skalaen går ned fra 7,03 til 6,56. Dette tilsvarer en Cohens *d*-verdi på 0,24. Den gjennomsnittlige nedgangen ser ut til å ha vært minst blant de eldste.

På fire av utfallsvariablene er endringene nokså like med effektstørrelser på 0,16 – 0,18. Det gjelder andel som rapporterte at det er vanskelig å få pengene i husholdningen til å strekke til (Svært vanskelig, Vanskelig, Forholdsvis vanskelig). Andelen økte fra 19,9 % i 2019 til 27,5 % i 2023 (justerte tall). Andelen som rapporterte at de er sammen med gode venner ukentlig gikk ned fra 65,3 % i 2019 til 56,6 % i 2023. Gjennomsnittlig skår på «Tillit til andre» gikk ned fra 7,28 til 6,87. Gjennomsnittlig skår på «Trygghet i nærmiljøet» gikk ned fra 8,98 til 8,68. Gjennomsnittlig skår på psykiske plager økte fra 1,50 til 1,61.

På fire av utfallsmålene fant vi endringer som tilsvarer effektstørrelser på 0,14 eller 0,15. Gjennomsnittlig skår gikk ned på «Livet er meningsfylt», Stedstilhørighet og Engasjement. Andelen med høy grad av sosial støtte gikk ned fra 44,9 til 38,1.

I en tabell som er plassert i Vedlegg 3 i denne rapporten rapporteres ujusterte endringer. Effektstørrelsene som er basert på justerte tall viser seg jevnt over å være litt større enn effektstørrelser basert på ujusterte tall.

De endringene som er beskrevet så langt går alle i ugunstig retning. Det som kan betegnes som negativt, for eksempel psykiske plager, øker. Det som kan betegnes som positivt, for eksempel «Tilfredshet med livet», reduseres. Noen av endringene er såpass store at de har folkehelserelevans. Deltakelsen i studien i 2023 var imidlertid en del lavere enn i 2019. Dette gjør sammenligningen mellom de to tidspunktene litt mer usikker.

Det er i utgangspunktet ikke mulig å si noe sikkert om hva som kan være forklaringen eller forklaringene på endringene som ser ut til å ha funnet sted. Flere faktorer kan ha virket inn samtidig og bidratt til de endringene vi har registrert. En mulig årsak kan være COVID-19-pandemien, som på grunn av sosial distansering fikk store konsekvenser for relasjonene folk imellom. I så fall kan det være håp om at endringene som har funnet sted er midlertidige. En annen forklaring kan være at mange opplever en forverret økonomisk situasjon, grunnet renteøkninger og kraftig prisstigning. En tredje forklaring kan dreie seg om virkningene i befolkningen av de alvorlige konfliktene og krigene som pågår i ulike deler av verden og som får bred dekning i massemediene.

Det er ikke bare i den foreliggende undersøkelsen det er registrert ugunstige endringer i livskvalitet og subjektiv helse de siste årene. Basert på Norsk Monitor har Hellevik og Hellevik funnet en nedgang i opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne (alder 15-39 år) i Norge [26]. I et nyhetsoppslag fra januar 2024 vises det til FNs rapport om befolkningslykke (U.N. Happiness Report) og det hevdes det at Norge over flere år har havnet stadig lenger ned på listen over land som er rangerte etter grad av lykke[8]. Statistisk sentralbyrå beskriver endringer fra 2020 til 2023 på en rekke livskvalitetsindikatorer. De registrerer blant annet små reduksjoner i fremtidsoptimisme, i givende sosiale relasjoner, opplevelse av engasjement, tilfredshet med fritid til rådighet, tilfredshet med livet alt i alt og tilfredshet med økonomisk situasjon[9].

Data fra Hedmarks-delen av FHUS-undersøkelsen i Innlandet i 2023 kunne sammenlignes med data fra en undersøkelse som ble gjennomført i Hedmark i 2019. Der fant man at andel som rapporterte at de hadde svært god eller god helse gikk litt ned. Det samme gjorde tilliten til andre mennesker. Gjennomsnittlig skår på ensomhet gikk imidlertid noe opp [27]. Også FHUS-undersøkelsen i Vestland 2022 viste endringer i ugunstig retning på noen utfall som kunne sammenlignes med tall fra undersøkelsene i Hordaland 2018 og Sogn og Fjordane 2019. Andelen med god helse gikk noe ned, mens andelen ensomme (USCL-skalaen) og gjennomsnittlig skår på psykiske plager (HSCL-5) gikk litt opp [28].

Høsten 2023 ble det også gjennomført en FHUS datainnsamling i Rogaland. Om kort tid vil det foreligge en rapport også fra den undersøkelsen. I 2024 vil det bli gjennomført en FHUS datainnsamling i Oslo og det er sannsynlig at det også blir gjennomført en datainnsamling i Troms. To av disse fylkene (Rogaland og Troms) har gjennomført FHUS tidligere. Når resultatene fra disse undersøkelsene foreligger vil vi kunne si mer om den

[8] https://www.newsinenglish.no/2023/03/21/norway-slips-again-on-uns-happiness-report/
[9] https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/levekar/statistikk/livskvalitet/artikler-om-livskvalitet/hvor-fornoyde-er-vi-med-livet-i-norge

utviklingen som beskrives i denne rapporten gjelder andre fylker enn Agder. Vi vurderer det som sannsynlig at endringene vi beskriver for Agder er del av en utvikling som har funnet sted over hele landet.

5.4 Begrensninger ved datagrunnlaget

5.4.1 Representativitet og skjevheter

Svarprosenten blant de som ble invitert til å være med i undersøkelsen i Agder i 2023 var på 32,0 %. Dette kan regnes som bra for denne typen undersøkelser. Det at to tredjedeler av de inviterte ikke deltok i undersøkelsen, skaper likevel noe usikkerhet.

Deltakelsen varierer dessuten over aldersgrupper, kjønn og utdanningsgrupper. Jo lavere utdannelse, desto lavere er deltakelsen, uten at vi har gode nok data til å beregne nøyaktig hvor sterk denne seleksjonen er. Deltakelsen er dessuten spesielt lav blant menn i den yngste aldersgruppen og kvinner både i den yngste og eldste aldersgruppen, noe som i tillegg til selve underrepresentasjonen også gjør representativiteten mer usikker i disse gruppene.

Hvis det er helt tilfeldig hvem som bestemmer seg for å svare på skjemaet (i den statistiske litteraturen kalles dette *Missing Completely at Random* - MCAR), har ikke lav deltakelse konsekvenser for representativiteten. Men dersom det er en sterk sammenheng mellom det å delta og det vi spør om, vil det oppstå skjevheter.

Slik dataene er analyserte i denne rapporten, vil ikke forskjellen i svarprosent mellom grupper ha stort å bety. Dette gjelder alle diagrammene der vi analyserer utfallsvariablene mot kjønn, alder, utdanning, regioner og vurderingen av husholdningsinntekten. Når vi analyserer mot kjønn og alder, vil ikke skjevheter i kjønns- og alderssammensetning ha noe å bety. Når vi analyserer mot utdanning og mot regioner, justerer vi for kjønn og alder. Det viser seg at justering for kjønn og alder har svært lite å bety for resultatene. Når vi analyserer tall for 2023 mot tall for 2019, justerer vi for kjønn og alder. Alt dette bidrar til at vi kan trekke sikrere konklusjoner.

Når vi sammenligner tall på tvers av fylker, er usikkerheten større. Her er det av kapasitetsgrunner ikke justert for demografi, og tallene er heller ikke populasjonsvektet. For at sammenligningene skal gi et riktig bilde, er vi avhengige av at seleksjonen har fungert på omtrent samme måte på tvers av fylker. Når ressursene tillater det, vil vi gjøre forsøk med populasjonsvekting for å se i hvilken grad dette endrer resultatene når vi sammenligner på tvers av fylker.

5.4.2 Måleinstrument

En del av skalaene er brukte i tidligere norske undersøkelser og i undersøkelser i andre land, og blir regnet som instrumenter med gode kvaliteter. Dette gjelder blant annet skalaer på disse områdene (se lenke til spørreskjemaet i FHUS Agder, Vedlegg 1):

- Søvnproblemer (*Bergen Insomnia Scale* (BIS) – 4 ledd, spm. 21.1 – 21.3 og spm. 22)
- Psykiske plager (*Hopkins Symptoms Checklist – 5* (HSCL-5), spm. 20.1-20.5)
- Sosial støtte (*Oslo Social Support Scale* (OSS-3), spm. 33-35)
- Ensomhet (*The Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS), spm. 36.1-36.3)

- Alkohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption* (AUDIT-C), spm. 49-51)

De fire spørsmålene om kosthold (spm. 4 4-4 7) blir brukt av SSB i Levekårsundersøkelsene, og noen av dem inngår også i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS). Av temaer som er nye i den reviderte grunnmodulen, vil spørsmål om muskel-skjelettplager inngå i regionale, nasjonale og internasjonale sykdomsbyrdeanalyser. Ved å bruke slike skalaer og spørsmål sikrer vi ikke bare at vi får gode data, men vi kan også i større grad sammenligne våre resultater med resultater fra tidligere undersøkelser.

Spørreskjemaet dekker et nokså bredt spekter av områder. Selv om vi har basert oss på mange instrumenter som er godt kvalitetssikret tidligere, er det ikke sikkert kvaliteten på instrumentene som er benyttet er like god på alle temaområdene. Funn fra denne undersøkelsen må vurderes kritisk og sees i sammenheng med hva en finner i andre studier. At mange av funnene når det gjelder kjønnsforskjeller og forskjeller på tvers av utdanningsnivå stemmer godt med det vi vet fra landsrepresentative undersøkelser, bidrar å styrke vår tiltro til de resultatene som foreligger fra de fylkene som til nå har gjennomført undersøkelsen.

Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023 er ment å supplere den statistikken som allerede eksisterer for fylket. Folkehelseinstituttet har lagt til rette slik statistikk som er lett tilgjengelig på instituttets hjemmesider[10,11]. Her finner en også egne folkehelseprofiler som kan være nyttige verktøy for samfunnsutvikling og planlegging i kommunene og fylket [12].

De dataene som er samlet inn under Folkehelseundersøkelsen i Agder kan gi grunnlag for langt mer statistikk enn det som blir presentert i denne rapporten. Analysene kan utvides ved at en ser på et langt bredere spekter av demografiske forhold (for eksempel vurdering av husholdningens inntekt og arbeids-/livssituasjon), og ved at en analyserer svarene på ulike utfallsvariabler mot hverandre. Analysene kan også utvides med å undersøke regional variasjon i mer detalj, for eksempel innen aldersgrupper. Analyser av «fornøydhet med livet» fra tidligere Folkehelseundersøkelser, viste at forskjellen i fornøydhet mellom kommuner var relativt stor blant de yngste, mens den jevnet seg ut med stigende alder[13]. Det å undersøke lokale variasjoner og sammenhenger nærmere, for eksempel når det gjelder psykisk helse og livskvalitet, kan dermed være til stor nytte som del av kunnskapsgrunnlaget for hvordan best innrette og prioritere innsats i det lokale folkehelsearbeidet. Slike videre analyser vil kunne gjøres både av Folkehelseinstituttet, fylkeskommunen i Agder, andre forskningsinstitusjoner og andre aktører. Jo mer god statistikk og forskning som kan komme ut av Folkehelseundersøkelsene i fylkene, desto bedre.

[10] http://www.norgeshelsa.no/norgeshelsa/?language=no
[11] http://khs.fhi.no/webview/
[12] https://www.fhi.no/hn/helse/folkehelseprofil/
[13] https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/livskvalitet-i-norge/?term=&h=1

6 Referanser

1. Skogen, J.C., et al., *Hvordan bør rekrutteringen til folkehelseundersøkelsene gjennomføres?* Tidsskr Nor Legeforen 2019. **139**(15).
2. Clarsen, B., et al., *Revisiting the continuum of resistance model in the digital age: a comparison of early and delayed respondents to the Norwegian counties public health survey.* BMC Public Health, 2021. **21**(730).
3. Johansen, R., et al., *Mental distress among young adults - gender differences in the role of social support.* BMC Public Health, 2021. **21**(1): p. 2152.
4. Forster, G.K., et al. *Built Environment Accessibility and Disability as Predictors of Well-Being among Older Adults: A Norwegian Cross-Sectional Study*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023. **20**, DOI: 10.3390/ijerph20105898.
5. Aarø, L., et al., *Behavioural precautions to avoid transmission of the COVID-19 virus – low educated groups are not always lagging behind.* Journal of Health Inequalities, 2023. **9**(1): p. 16-28.
6. Nilsen, T.S., et al., *Coronavirus immunisation abroad among foreign-born persons in Norway.* Tidsskr Nor Laegeforen, 2022. **142**(10).
7. Nes, R.B., et al., *Flattening the quality of life curve? A prospective person-centred study from Norway amid COVID-19.* Quality of Life Research, 2022. **31**(8): p. 2295-2305.
8. Nilsen, T.S., et al., *Norwegian County Public Health Surveys - Cohort update* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 12.
9. Knapstad, M., et al., *Psychological distress before and nine months into the COVID-19 pandemic: a longitudinal study from The Norwegian Counties Public Health Surveys.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**: p. 14.
10. Hansen, T., et al., *Locked and lonely? A longitudinal assessment of loneliness before and during the COVID-19 pandemic in Norway.* Scandinavian Journal of Public Health, 2021. **49**(7): p. 766-773.
11. Hansen, T., et al., *Covid-fatigued? A longitudinal study of Norwegian older adults' psychosocial well-being before and during early and later stages of the COVID-19 pandemic.* Eur J Ageing, 2022. **19**(3): p. 463-473.
12. Lyshol, H., et al., *A study of socio-economic inequalities in self-reported oral and general health in South-East Norway.* Scientific Reports, 2022. **12**(1): p. 13721.
13. Aarø, L.E., et al., *Quality of life, psychological distress, sleeping problems and global subjecttive health after injuries. A study among adults in three Norwegian counties.* Norsk Epidemiologi, 2021. **29**.
14. Aarø, L.E., et al., *A cross-sectional study of the relationship between injuries and quality of life, psychological distress, sleeping problems, and global subjective health in adults from three Norwegian counties.* Health and Quality of Life Outcomes, 2023. **21**(1): p. 120.
15. Friesinger, J.G., S.H. Haugland, and J.-K. Vederhus, *The significance of the social and material environment to place attachment and quality of life: findings*

from a large population-based health survey. Health and Quality of Life Outcomes, 2022. **20**(1): p. 135.

16. Stea, T.H., L. Alvsvåg, and A.L. Kleppang, *The Association between Dietary Habits, Substance Use, and Mental Distress among Adults in Southern Norway: A Cross-Sectional Study among 28,047 Adults from the General Population.* Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(18).
17. Vederhus, J.K., C. Timko, and S.H. Haugland, *Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: development and validation of a short difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey.* Qual Life Res, 2021. **30**(6): p. 1769-1778.
18. Juul, V. and E.C.A. Nordbø, *Examining activity-friendly neighborhoods in the Norwegian context: green space and walkability in relation to physical activity and the moderating role of perceived safety.* BMC Public Health, 2023. **23**(1): p. 259.
19. Kalseth, J., et al., *Comparing the effects of reduced social contact on psychosocial wellbeing before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal survey from two Norwegian counties.* Quality of Life Research, 2023. **32**(6): p. 1771-1784.
20. Kantar, *Folkehelseundersøkelsen i Agder 2023 - Om gjennomføringen*. 2023, Kantar: Oslo.
21. Knudsen, A.K., et al., *The health status of nonparticipants in a population-based health study.* American journal of epidemiology, 2010. **172**(11): p. 1306-14.
22. Støren, K.S. and E. Rønning, *Livskvalitet i Norge 2021*, in *Rapporter 2021/27*. 2021, Statistisk sentralbyrå: Oslo.
23. Cohen, J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences (second edition)*. 1988, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
24. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Agder. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.
25. Cialani, C. and R. Mortazavi, *The effect of objective income and perceived economic resources on self-rated health.* International Journal for Equity in Health, 2020. **19**(1): p. 196.
26. Hellevik, O. and T. Hellevik, *Hvorfor ser færre unge lyst på livet? Utviklingen for opplevd livskvalitet blant ungdom og yngre voksne i Norge.* Nordisk Tidsskrift for Ungdomsforskning, 2021. **2**(2): p. 104-128.
27. Leino, T., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Innlandet 2023: Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2023, Folkehelseinstituttet: Oslo/Bergen.
28. Leino, T.M., T.S. Nilsen, and M. Knapstad, *Koronaundersøkinga i Vestland 2021: Framgangsmåte og utvalde resultat. Rapport 2023.* 2023, Folkehelseinstiuttet: Bergen.
29. Boen, H., O.S. Dalgard, and E. Bjertness, *The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study.* BMC Geriatr, 2012. **12**: p. 27.

30. Hughes, M.E., et al., *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies.* Research on aging, 2004. **26**(6): p. 655-672.

31. Nes, R.B., et al., *Livskvalitet i Norge 2019. Fra nord til sør.*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.

32. Kurtze, N., et al., *Reliability and validity of self-reported physical activity in the Nord-Trøndelag Health Study — HUNT 1.* Scandinavian Journal of Public Health, 2008. **36**(1): p. 52-61.

33. Morseth, B. and L.A. Hopstock, *Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update.* PLOS ONE, 2020. **15**(4): p. e0231581.

34. Babor, T.F., et al., *Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd ed.)*. 2001, World Health Organization.

35. Nes, R.B., T. Hansen, and A. Barstad, *Livskvalitet - Anbefalinger for et bedre målesystem*. 2018, Helsedirektoratet: Oslo.

36. Grøtvedt, L., et al., *Fylkeshelseundersøkelser blant voksne. Maler for innhold og gjennomføring. Oslo: Folkehelseinstituttet.* . 2016, Folkehelseinstiuttet.

37. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Hordaland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater. Rapport til Hordaland fylkeskommune.* 2018, Norwegian Institute of Public Health Bergen.

38. Knapstad, M., et al., *Folkehelseundersøkinga i Sogn og Fjordane: Framgangsmåte og utvalde resultat*. 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.

39. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Troms og Finnmark. Fremgangsmåte og utvalgte resultater.* . 2019, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.

40. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Rogaland 2020: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*, in *Rapport 2020*. 2020, Folkehelseinstituttet: Oslo.

41. Skogen, J.C., et al., *Folkehelseundersøkelsen i Nordland: Fremgangsmåte og utvalgte resultater*. 2020, Folkehelseinstituttet: Bergen/Oslo.

Vedlegg 1: Spørreskjema



Spørreskjemaet som ble brukt ved datainnsamlingen i Agder 2023 er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets hjemmeside.

https://www.fhi.no/div/helseundersokelser/fylkeshelseundersokelser/sporreskjema/

Vedlegg 2: Spørsmålsoversikt

Vi vil her kort beskrive spørsmålene som inngår i grunnmodulen til spørreskjemaet, som alle fylker bruker. Vi beskriver spørsmålene stort sett i samme rekkefølge som de har i spørreskjemaet. Vi har kommentert spesifikt der det er gjort endringer etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021 (justerte spørsmålsformuleringer og/eller svarkategorier, spørsmål som er byttet ut eller nye tema er kommet inn).

Vinteren 2022-23 ble det gjennomført en ny, mindre revisjon av grunnmodulen. Hovedmålet med denne revisjonen var å forkorte grunnmodulen, med mål både om å forkorte totallengden på skjemaet for deltakerne og å gi mer fleksibilitet til hvert enkelt fylke om skjemainnhold. Følgende spørsmål/tema ble tatt ut av grunnmodulen (men det enkelte fylke kan velge å ta det *inn* etter ønske): enkeltspørsmål om tilgjengeligheten til kystlinje, enkeltspørsmål om søvntid, enkeltspørsmål om inaktivitet, snusbruk, skader, støy og fødeland. Følgende temabolker er beholdt grunnmodulen, men det enkelte fylke kan velge å ta et tema ut): tannhelse, søvn, fysisk aktivitet, kosthold, røyking, alkoholbruk.

I det følgende beskrives spørsmålene som var med i spørreundersøkelsen i Agder 2023.

2.4.1 Kjønn, alder og utdanning

Informasjon om kjønn og alder ble hentet fra Det sentrale folkeregisteret. Alder er i denne rapporten brukt som kontinuerlig variabel når man skal beskrive gjennomsnittlig alder på tvers av geografiske områder innen fylket. I andre sammenhenger er alder delt inn i aldersgrupper med følgende oppdeling: 18-29 år, 30-39 år, 40-49 år, 50-59 år, 60-69 år, 70-79 år og 80 år eller eldre. Merk at kategoriseringen av personer på 80 år og eldre er ny.

Informasjon om høyeste fullførte utdanning er basert på selvrapport. Her er kategoriene reviderte f.o.m. 2021 i samråd med Statistisk sentralbyrå (SSB), for å få kategorier som er mest mulig sammenlignbare med deres statistikk. Deltagere kunne velge mellom følgende syv kategorier:

I. Ingen fullført utdanning
II. Grunnskole eller tilsvarende (f.eks. framhaldsskole, folkehøgskole)
III. Videregående skole eller tilsvarende (f.eks. yrkesskole, gymnas)
IV. Fagskole
V. Høyskole/universitet, årsstudium eller tilsvarende (mindre enn 2 år)
VI. Høyskole/universitet, bachelorgrad, cand. mag. eller tilsvarende (2 – 4 år)
VII. Høyskole/universitet, mastergrad, hovedfag eller tilsvarende (mer enn 4 år)

I denne rapporten blir utdanning oftest brukt som en variabel med fire nivåer, med inndeling i tråd med SSBs kategorisering: nivå I-II (Grunnskole eller lavere), nivå III-V (VGS), nivå VI (Høyskole/universitet 2-4 år) og nivå VII (Høyskole/universitet >4 år). Noen steder er utdanning brukt som todelt variabel, der vi skiller mellom nivå I-V og nivå VI-VII.

Merk at gruppen med Fagskole og gruppen med Høyskole/universitet mindre enn to år begge blir plasserte i kategorien «VGS». I skjemaene som ble brukt i folkehelseundersøkelsene i 2020 eller tidligere var det ikke egne svaralternativer for disse utdanningene. Det medførte trolig at en del med slik utdanning krysset av for, og ble

rapportert å ha, utdanning på høyskole- eller universitetsnivå. Utdanningsnivåene som er rapporterte i Folkehelseundersøkelsene i fylkene fra 2020 og tidligere vil dermed ikke være helt sammenlignbare med undersøkelsene i 2023. Derimot vil tallene fra sistnevnte og de kommende undersøkelsene i større grad kunne sammenlignes med tall for hele befolkningen i statistikken fra SSB.

2.4.2 Trivsel

Deltakerne ble spurt om i hvilken grad de trives i nærmiljøet sitt. Det ble gitt fire svaralternativer: «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt». Prosentandel som svarte «I stor grad» er rapportert.

2.4.3 Tilgjengelighet til fasiliteter og servicetilbud lokalt

Deltakerne ble spurte om hvordan de opplever tilgjengeligheten til ulike typer fasiliteter og servicetilbud lokalt. Det ble spurt om tilgjengelighet til

- kulturtilbud (eksempelvis kino, bibliotek, kulturhus, konserter og teater)
- idrettstilbud (eksempelvis idrettshall, svømmehall, treningssenter, ski/lys-løyper)
- butikker, spisesteder og andre servicetilbud
- offentlig transport
- natur- og friluftsområder

Svarkategoriene var «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig», «Svært dårlig» og «Vet ikke».

Et nokså tilsvarende spørsmål handlet om gang- og sykkelveier, om de var godt utbygde i nærområdet. Svaralternativene var de samme som over.

For dette temaet er det gjort følgende skjemarevisjoner f.o.m. 2021: i) Spørsmål om kultur- og idrettstilbud var før revisjonen samlet i ett spørsmål. Disse er nå to separate spørsmål, og det er lagt til noen flere eksempler på typer tilbud. ii) Spørsmålet om natur- og friluftsområder, inkludert parker og andre grøntarealer var før revisjonen delt i to spørsmål.

I denne rapporten oppgir vi prosentandel som har svart «Svært god» eller «God» på hvert av spørsmålene om tilgjengelighet til fasiliteter, servicetilbud, naturområder og gang/sykkelveier. Kategorien «Vet ikke» er i denne sammenhengen holdt utenfor prosentfordelingen.

2.4.4 Deltakelse i aktiviteter

Deltakerne ble spurt om hvor ofte de deltar i organisert aktivitet/frivillig arbeid som for eksempel idrettslag, politiske lag, trossamfunn, kor eller lignende. De ble også spurt om hvor ofte de deltar i annen aktivitet, som for eksempel klubb, møter, treffe venner, trimturer med venner/kollegaer eller andre. Videre i rapporten er dette omtalt som egenorganisert aktivitet, og inkluderer da en bredde av sosialt samvær, og mer enn kun fysisk aktivitet. Disse to spørsmålene hadde de samme svaralternativene: «Daglig», «Ukentlig», «1-3 ganger per måned», «Sjeldnere» og «Aldri». Prosentandel som svarte at de deltar ukentlig eller oftere er rapportert.

2.4.5 Generell helse og tannhelse

De som var med i undersøkelsen ble spurte om hvordan de alt i alt vurderer sin egen helse. De kunne sette kryss for ett av følgende fem svaralternativer: «Svært god», «God», «Verken god eller dårlig», «Dårlig» og «Svært dårlig». I analysene benyttet vi en todeling der vi rapporterte prosentandel som svarte at de hadde «God» eller «Svært god» helse.

Det ble stilt et helt tilsvarende spørsmål der de ble bedt om å vurdere egen tannhelse. Som for generell helse rapporteres prosentandel som svarte at de hadde «God» eller «Svært god» tannhelse.

2.4.6 Besøk hos tannlege eller tannpleier

Deltakerne ble spurte om når de sist var hos tannlege eller tannpleier. Det ble brukt tre svaralternativer: «0-2 år siden», «3-5 år siden» og «Mer enn 5 år siden». I denne rapporten presenterer vi prosentandelen som rapporterte at det var mer enn 2 år siden de sist var hos tannlege eller tannpleier.

De som svarte at det var mer enn fem år siden sist de var hos tannlege eller tannpleier, ble spurt om hvorfor. Det ble gitt fire svaralternativer, der det ble presisert at det var tillatt med mer enn ett kryss: «Økonomiske årsaker», «Redsel/frykt», «Problem med transport/reisevei» og «Andre årsaker».

Analyser av svarene på spørsmålet om årsak til at det var mer enn fem år siden sist de var hos tannlegen, er ikke presenterte i denne rapporten.

2.4.7 Høyde og vekt

Deltakerne ble spurt om hvor høye de er uten sko, og skulle oppgi svaret i antall centimeter (hele tall, min 50, maks 250). De ble også spurt om hvor mye de veier uten klær og sko. Her skulle de oppgi svaret i kilogram (hele tall, min 25 maks 500). De som var gravide skulle oppgi vekten før de ble gravide. Det ble regnet ut en kroppsmasseindeks (KMI) etter vanlig formel. KMI defineres som kroppsvekten i kilogram dividert med kvadratet av høyden angitt i meter (kg/m2). Oppgitt høyde på 1,20-2,20 m og vekt på 25-220 kg ble inkludert i utregningen. KMI på 30 eller mer omtales ofte som fedme. Utregnet KMI <14 og >80 ble regnet som urealistiske og utelatt fra analysene. Prosentandel som hadde en kroppsmasseindeks på 30 eller mer er rapportert.

2.4.8 Psykiske plager (HSCL-5)

Hopkins Symptom Checklist (HSCL-5) ble benyttet som mål på psykiske plager [5]. HSCL-5 omfatter fem spørsmål om følgende:

- nervøsitet eller indre uro
- redsel eller engstelse
- følelse av håpløshet med tanke på fremtiden
- nedtrykthet eller tungsindighet
- bekymring eller uro

Det gis fire svaralternativ: «Ikke plaget» (1 poeng), «Litt plaget» (2 poeng), «Ganske mye plaget» (3 poeng) og «Veldig mye plaget» (4 poeng). Det kan beregnes en gjennomsnittsskår på tvers av de fem leddene. Denne vil ha verdier som varierer fra 1 til 4, der høyere skår indikerer høyere grad av psykiske plager. I denne rapporten har vi laget

gjennomsnittsskår for de som har gyldige svar på tre eller flere av spørsmålene (99,33 %). I noen sammenhenger presenteres en todeling, der en skår som er høyere enn 2,00 defineres som en høy skår.

Merk at det finnes noen variasjoner i spørsmålsformuleringene i ulike norske oversettelser av HSCL. I versjonen brukt i FHUS-undersøkelsene angis en tidsramme på én uke (grad av plage «den siste uken»). Dette er ulikt fra versjonen brukt av SSB (siste to uker) og resultatene fra disse to versjonene er dermed ikke nødvendigvis direkte sammenlignbare.

2.4.9 Søvnproblemer (insomni)

Bergen Insomnia Scale (BIS) ble brukt som mål på søvnproblemer. Søvninstrumentet er tatt inn i siste skjemarevisjon f.o.m. 2021 og gir informasjon om omfang av søvnproblemer (insomni) etter DSM-5-kriteriene. Dette søvnmålet er brukt i en rekke andre spørreundersøkelser. Ettersom DSM-5 (*The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, versjon 5) endret noe på kriteriene for insomni sammenlignet med tidligere versjoner av DSM, er skjemaet ikke helt identisk med det originale skjemaet (som f.eks. ble brukt i Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag 4 - HUNT4). Spørsmålene, slik de er formulerte i FHUS, inngår også i den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS), som ble gjennomført av Folkehelseinstituttet for første gang høsten 2020.

BIS omfatter 4 spørsmål om henholdsvis vansker med å sovne om kvelden, gjentatte oppvåkninger, hvor ofte man er trøtt eller søvnig, og hvor lenge søvnvanskene har vart. For de tre første spørsmålene blir det gitt fire svaralternativer: «Aldri/sjelden», «Av og til», «1-2 ganger per uke» og «Minst 3 ganger per uke». Spørsmålet om varighet av søvnvansker har fem svaralternativer for varighet; «Mindre enn 1 måned», «1-2 måneder», «3-6 måneder», «7-12 måneder», «Mer enn 1 år», samt svaralternativet «Jeg har ikke søvnvansker».

Følgende kriterier gir indikasjon på insomni etter DSM-5: Å oppgi å ha vansker med å sovne eller har gjentatte oppvåkninger minst 3 ganger per uke OG å være søvnig eller trøtt minst 3 ganger per uke OG at søvnproblemene har vart minst 3 måneder. Vi har rapportert prosentandel med indikasjon på insomni etter disse kriteriene.

I skjemaet som ble benyttet ved datainnsamlingen i Agder var det også med et spørsmål om «Hvor mange timer søvn får du vanligvis per natt på hverdager?»

2.4.10 Langvarige helseproblemer og funksjonsnedsettelser

Deltakerne ble spurt om de har hatt noen langvarige sykdommer eller helseproblemer (også sesongbetonte, eller som kommer og går). Sykdommene eller helseproblemene skal ha vart, eller forventes å vare, i minst seks måneder. Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

Videre ble deltakerne i studien spurt om hvordan disse sykdommene eller helseproblemene påvirker deres hverdag. Svaralternativene var «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt».

Deltakerne ble også spurt om de har noen funksjonsnedsettelse eller plager som følge av skade. Dette inkluderer plager som kommer og går. Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

Og til slutt under denne delen ble de spurt i hvilken grad funksjonsnedsettelsen (plagene) påvirker deres hverdag. Svaralternativene var «I stor grad», «I noen grad», «I liten grad» og «Ikke i det hele tatt».

Andel som har svart at de har langvarige helseproblemer som i stor grad påvirker deres hverdag presenteres. Vi presenterer også andel som har svart at de har langvarige funksjonsnedsettelser på grunn av skade og som i stor grad påvirker deres hverdag.

2.4.11 Muskel-skjelettplager

Et utvalg av spørsmål fra *Bergen Questionnaire on Musculoskeletal Conditions* (BQMC) er brukt for å måle muskel- og skjelettplager. BQMC er under utvikling ved Folkehelseinstituttet i samarbeid med *Center for Global Burden of Disease* i Seattle, USA. Spørreskjemaet er utarbeidet m.a. med mål om å kunne informere sykdomsbyrdeestimater både regionalt, nasjonalt og internasjonalt[14].

Deltakerne ble spurt om de hadde hatt smerter i henholdsvis korsryggen eller nakken de siste 28 dagene, med svaralternativene «Ja» og «Nei».

De som svarte «Ja» på ett eller begge disse spørsmålene, fikk oppfølgingsspørsmål om hvor mange av de siste 28 dagene de hadde hatt slike smerter, og hvor mange av dagene smertene hadde gjort at en måtte redusere vanlige aktiviteter eller daglige rutiner.

I denne rapporten presenterer vi andeler som rapporterte å ha hatt henholdsvis nakkesmerter og korsryggsmerter de siste 28 dagene (periodeprevalens). Samlet i fylket og fordelt på kvinner og menn viser vi også såkalt punktprevalens med smerte og punkprevalens med nedsatt funksjon grunnet disse smertene. Punktprevalensen regnes ut ved å dele summen av antall oppgitte dager med f.eks. nakkesmerte på totalutvalget*28 ((sum nakkesmertedager/*n*28)) og angir andel personer som enhver tid opplever slike smerter.

2.4.12 Sosial støtte

Opplevd sosial støtte ble målt med *Oslo-3 Social Support Scale* (OSS-3), som består av tre spørsmål:

- Antall nære personer som en kan regne med dersom en har store personlige problemer. Også personer i nærmeste familie kan regnes med. Svaralternativer «Ingen», «1-2», «3-5» og «6 eller flere».
- Hvor stor interesse andre viser for det en gjør. Svaralternativer: «Stor interesse», «Noe interesse», «Verken stor eller liten interesse», «Liten interesse» og «Ingen interesse».
- Hvor lett det er å få praktisk hjelp fra naboer hvis en skulle trenge det. Svaralternativer: «Svært lett», «Lett», «Verken lett eller vanskelig», «Vanskelig» og «Svært vanskelig».

Hvert sett av svarkategorier ble gitt tallverdier fra 1 og oppover til 4 eller 5, der 1 står for lavest grad av støtte og høyere tallverdier står for høyere grad av sosial støtte. Det ble laget en uvektet sumskår[15] med verdier fra 3-14. Skår på 3-8 ble regnet som en indikasjon

[14] D. G. Hoy et al. 2018. Use of The Global Alliance for Musculoskeletal Health survey module for estimating the population prevalence of musculoskeletal pain: findings from the Solomon Islands. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1). https://doi.org/10 1186/s12891-018-2198-0

[15] I dette tilfellet delte vi ikke på tall på ledd. Bare de med svar på alle tre leddene ble tatt med (98,48 %).

på opplevd lavt, 9-11 middels og 12 -14 høyt nivå av sosial støtte, lik inndelinger brukt i tidligere studier [29].

Andel som opplever høy sosial støtte presenteres i diagrammene. Merk at vi i FHUS-rapporter før 2021 har presentert andel som opplever *middels eller høy* sosial støtte. Endringen i rapportering er gjort blant annet for å få tydeligere frem variasjoner i sosial støtte over geografi, utdanningsnivå og aldersgrupper.

2.4.13 Ensomhet

Ensomhet ble målt med skalaen *The Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS) [30]. T-ILS består av følgende spørsmål:

- Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?
- Hvor ofte føler du deg utenfor?
- Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Svaralternativene på alle disse var: «Aldri» (1), «Sjelden» (2), «Av og til» (3), «Ofte» (4) og «Svært ofte» (5). Hvert sett av svarkategorier ble gitt tallverdier fra 1 til 5, der 1 står for lavest grad av ensomhet og høyere tallverdier står for høyere grad av ensomhet. Det ble laget en uvektet sumskår med verdier fra 3-15[16]. Det er ingen etablert terskelverdi på UCLA-3-skalaen, og ulike praksiser er benyttet i litteraturen. Se gjerne rapporten «Livskvalitet i Norge 2019», kap. 5, for en utdyping om ulike tilnærminger [31]. Vi har i denne rapporten benyttet en skår på 3-9 som en indikasjon på opplevd lavt nivå, og 10-15 høyt nivå av ensomhet. Dette terskelnivået ble i nevnte rapport funnet å predikere svar i øvre del på direktespørsmål om ensomhet (6 eller mer på skala 0-10, se også kap. 2.4.20 nedenfor). Andel som opplever høyt nivå av ensomhet («Ensomme») presenteres i diagrammene.

2.4.14 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet ble målt med tre spørsmål.

- Hvor ofte man vanligvis trener eller mosjonerer. Svaralternativene var: «Aldri», «Sjeldnere enn én gang i uken», «Én gang i uken», «2-3 ganger i uken», «4-5 ganger i uken» og «Omtrent hver dag».
- Hvor hardt man trener eller mosjonerer. Svaralternativene var: «Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett», «Tar det så hardt at jeg blir andpusten og/eller svett», og «Tar meg nesten helt ut».
- Hvor lenge man trener hver gang. Svaralternativene var: «Mindre enn 15 minutter», «15-29 minutter», «30 minutter-1 time» og «Mer enn 1 time».

Det andre og tredje av disse spørsmålene ble ikke stilt til de som oppgav at de «aldri» drev med mosjon.

Tilsvarende spørsmål er benyttet i mange tidligere norske undersøkelser av fysisk aktivitet. I siste skjemarevisjon er det gjort følgende justeringer i spørsmålene: i) Spørsmål én om treningshyppighet er justert (instruksjonen «i fritiden» slettet, «mosjon/trening til/fra jobb» tatt inn). Spørsmålsformuleringen er nå mer sammenliknbar med spørsmål som er validert

[16] Også her ble bare de med svar på alle tre leddene tatt med (99,58 % av besvarelsene).

og brukes i HUNT og Tromsø-undersøkelsene, samt andre nasjonale undersøkelser med tidsserier bakover til 70/80-tallet [32, 33]. Formuleringen gir også et bedre mål på total mengde fysisk aktivitet. ii) I spørsmål to er andre svaralternativ justert (fra «… andpusten og svett» til «… andpusten og/eller svett»). Dette gir lik formulering som i HUNT og er i tråd med faglige vurderinger om «moderat treningsintensitet».

For å kunne regnes som fysisk aktiv, måtte man ha trent eller mosjonert i minst en halv time minst fire dager i uken og med en intensitet som minst svarer til at man blir andpusten og/eller svett.

2.4.15 Kosthold

Deltakerne fikk fire spørsmål knyttet til kosthold:

- Hvor ofte drikker du vanligvis sukkerholdig brus/saft/leskedrikk (inkludert iste, energidrikk, sportsdrikk og nektar)?
- Hvor ofte spiser du vanligvis frukt eller bær (regn ikke med juice eller fruktsaft)?
- Hvor ofte spiser du vanligvis grønnsaker (inkludert salat)? Regn ikke med poteter.
- Hvor ofte spiser du vanligvis fisk (som pålegg, til lunsj eller middag)?

De fire kostholdsspørsmålene hadde følgende syv svaralternativer: «Sjelden/aldri», «1-3 ganger per måned», «1 gang per uke», «2-3 ganger per uke», «4-6 ganger per uke», «1 gang per dag» og «Flere ganger per dag». Etter siste skjemarevisjon er spørsmål 1 og 2 justerte i tråd med endringer gjort for den Nasjonale folkehelseundersøkelsen (NHUS) (før: «Hvor ofte drikker du vanligvis sukkerholdig brus/leskedrikk» og «Hvor ofte spiser du vanligvis frukt *og* bær …»). I tillegg er siste svarkategori (Flere ganger per dag) lagt til for alle spørsmålene.

Inndelingene som brukes i denne rapporten er valgt etter vurdering av gjeldende nasjonale kostholdsråd, svarfordelinger (som varierer mye på tvers av de fire kostholdsspørsmålene), samt hvor sammenlignbare de er med tidligere FHUS-undersøkelser og NHUS-undersøkelsen:

- Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk 2-3 ganger per uke eller oftere
- Daglig inntak av frukt eller bær
- Daglig inntak av grønnsaker
- Inntak av fisk 2-3 ganger per uke eller oftere

Alle fire inndelinger samsvarer med dem som blir brukte i NHUS, og spørsmål 2 og 3 samsvarer med inndeling brukt i FHUS-rapporter også før 2021. Prosentfordeling for alle svarkategoriene er gitt i egne tabeller i appendiks.

2.4.16 Røyk og snus

Deltakerne ble spurt to innledende spørsmål om det hender at de røyker eller bruker snus. Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

De som svarte «Ja» på innledningsspørsmålet, fikk et oppfølgingsspørsmål om hvor ofte de røyker/bruker snus. Svaralternativene var her «Daglig» og «Av og til».

Spørsmålsformuleringene er justerte noe i siste skjemarevisjon f.o.m. 2021, med mål om å harmonisere med formuleringer brukt av SSB. Som i forutgående rapporter, skilles det

mellom de som rapporterte daglig bruk og de som ikke rapporterte daglig bruk av røyk og snus.

2.4.17 Alkohol

Her ble det først spurt "Har du noen gang drukket alkohol?", med svaralternativene "Ja" og "Nei". Bare de som svarte «Ja» på dette spørsmålet ble bedt om å svare på de etterfølgende spørsmålene om alkoholbruk.

Spørsmålene fra *Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption* (AUDIT-C) ble benyttet som mål på alkoholvaner og potensielle alkoholproblem [34]. AUDIT-C er et mye brukt screeninginstrument som dekker mengde og frekvensen av personens alkoholbruk ved hjelp av 3 spørsmål som hver skåres fra 0 til 4:

- I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du drukket alkohol? Svaralternativene er «Aldri» (skåre 0), «Månedlig eller sjeldnere» (skåre 1), «2-4 ganger i måneden» (skåre 2), «2-3 ganger i uken» (skåre 3) og «4 ganger i uken eller mer» (skåre 4).
- Hvor mange alkoholenheter tar du på en «typisk» dag når du drikker alkohol?» Svaralternativene er «1-2» (skåre 0), «3-4» (skåre 1), «5-6» (skåre 2), «7-9» (skåre 3) og «10 eller flere» (skåre 4). Det blir spesifisert at en enhet alkohol tilsvarer en liten flaske øl, ett glass vin eller en drink.
- Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer ved én og samme anledning? Svaralternativene er «Aldri» (skåre 0), «Sjeldnere enn månedlig» (skåre 1), «Månedlig» (skåre 2), «Ukentlig» (skåre 3) og «Daglig eller nesten daglig» (skåre 4). Det blir spesifisert at en enhet alkohol tilsvarer en liten flaske øl, ett glass vin eller en drink.

Det andre og tredje av disse tre spørsmålene ble ikke stilt til de som oppgav «Aldri» på det første av disse tre spørsmålene.

Basert på svarene kan det regnes ut en skår mellom 0 (null) og 12 poeng, der høyere skår indikerer større risiko for problematisk alkoholbruk. Det er denne skåren som ble rapportert i noen av de tidligere rapportene fra Folkehelseundersøkelsene (inkl. Hordaland 2018 og Sogn og Fjordane 2019). Etter FHUS Sogn og Fjordane 2019 har vi forenklet ved å rapportere på to utfallsvariabler, og siden FHUS Vestland 2022 på tre utfallsvariabler. Ett sett av diagrammer viser andel som oppgir at de drikker alkohol 2-3 ganger i uken eller oftere. Et annet sett av diagrammer viser andel som oppgir at de drikker minst seks enheter alkohol ved en og samme anledning månedlig eller oftere (episodisk høyt alkoholforbruk). Det siste diagramsettet viser antall alkoholenheter en drikker på en typisk dag (gjennomsnitt). Her er kategoriene omkodet for å gi kvasikontinuerlige verdier. Kategori 1 (1-2 enheter) er satt til 1,5. Kategori 2 (3-4 enheter) er satt til 3,5. Kategori 3 (5-6 enheter) er satt til 5,5. Kategori 4 (7-9 enheter) er satt til 8,0. Og kategori 5 (10 eller flere) er skjønnsmessig satt til 12,0.

2.4.18 Livskvalitet

Spørsmålene om livskvalitet er i sin helhet hentet fra en rapport om måling av livskvalitet som ble utgitt av Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i 2018 [35]. Alle spørsmålene fra det som inngår i «Minimumslisten» er tatt med i Folkehelseundersøkelsene. Under skjemarevisjonen til folkehelseundersøkelsene i fylkene ble denne «Minimumslisten» noe revidert av normerende gruppe for livskvalitetsmåling. Det tidligere målet på depressive

plager *Patient Health Questionnaire* – 2 (PHQ-2) ble tatt ut ettersom skjemaet inneholder HSCL-5 (se 2.4.8) som ble vurdert overlappende og bedre. I tillegg ble spørsmål om hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå (beskrevet under) lagt til.

I tillegg til HSCL-5 er to spørsmål lagt inn i andre deler av spørreskjemaet («Hvordan vurderer du alt i alt din egen helse …»; «Hvor mange personer står deg så nær …»). Disse er nærmere beskrevet ovenfor. De andre blir presenterte her.

Aller først i livskvalitetsdelen kommer tre spørsmål om hvordan man opplever livet: 1) Hvor fornøyd man er med livet, 2) hvor fornøyd man forventer å være med livet fem år fra nå, og 3) i hvilken grad man opplever at det man gjør i livet er meningsfylt. Disse blir svart på ved bruk av 11-punkts skalaer som går fra 0 til 10 og der 0 for eksempel betyr «Ikke fornøyd i det hele tatt» og 10 betyr «Svært fornøyd». I analysene i denne rapporten presenterer vi gjennomsnittstall for alle spørsmål der det er brukt 11-punkts skalaer som responskategorier. Noen steder grupperer vi svarene, slik at vi får andeler som skårer «lavt», «middels» og «høyt». For eksempel kan svar på fornøydhet med livet-spørsmålet grupperes slik: 0-5 angir lav tilfredshet, 6-8 middels, og 9-10 høy tilfredshet.

I livskvalitetsdelen inngår også ti spørsmål der deltakerne ble bedt om å vurdere hvordan de hadde opplevd de siste syv dagene med hensyn til å være:

- Glad
- Bekymret
- Nedfor eller trist
- Irritert
- Ensom
- Engasjert
- Rolig og avslappet
- Engstelig
- Takknemlig
- Lykkelig

Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10).

Etter en del statistiske analyser (blant annet faktoranalyser og reliabilitetsanalyser) og vurdering av det begrepsmessige innholdet i leddene, valgte vi i denne rapporten å kombinere følgende ledd til en sumskår[17] (meanscore) som handler om opplevelsen av negative følelser de siste 7 dagene: (1) «Bekymret», (2) «Trist», (3) «Irritabel» og (4) «Engstelig». De som svarte på minst to av leddene fikk gyldig skår.

Fire andre ledd ble kombinert til en sumskår (meanscore) som dreiet seg om opplevelse av positive følelser de siste 7 dagene: (1) «Glad», (2) «Rolig og avslappet», (3) «Lykkelig», og (4) «Takknemlig». De som hadde svart på minst to av leddene fikk gyldig skår.

De to leddene «Ensomhet» og «Engasjement» ble analysert som enkeltledd.

[17] Når vi i denne rapporten omtaler sumskårer, handler det nesten alltid om at vi har laget en sumskår som er delt med antall ledd som inngår. Dette heter på engelsk en «meanscore». Kaller vi dette «gjennomsnittsskår» på norsk, vil det hele tiden bli forvekslet med gjennomsnitt som regnes ut på tvers av individer innen grupper. For å unngå dette problemet, kaller vi disse skårene konsekvent «sumskårer».

To spørsmål, hentet fra *Dieners Flourishing Scale*, handler om sosiale relasjoner. Det første av disse er et direkte mål på sosial støtte. Det spørres om respondenten oppfatter sine sosiale relasjoner som støttende og givende. Det andre spørsmålet dreier seg om i hvilken grad respondenten opplever å bidra aktivt til andres lykke og livskvalitet. Også disse besvares ved bruk av 11-punkts skalaer (0-10). Disse to ble slått sammen til en sumskår (meanscore) som vi kalte «Sosiale relasjoner». En mer presis og dekkende betegnelse ville vært «Gjensidig positive sosiale relasjoner». Alle som hadde svart på minst ett av leddene fikk gyldig skår.

Videre er det med fire spørsmål som handler om sosialt fellesskap og tillit. Det spørres først om hvor ofte informanten er sammen med gode venner (ikke medregnet medlemmer av egen familie)[18]. Responskategoriene er: «Omtrent daglig», «Omtrent hver uke, men ikke daglig», «Omtrent hver måned, men ikke ukentlig», «Noen ganger i året», «Sjeldnere enn hvert år» og «Har ingen gode venner». Dette spørsmålet inngår ikke i noen sumskår, men analyseres for seg. Vi rapporterer andel som har svart ukentlig eller oftere.

I likhet med de fleste spørsmålene i livskvalitetsdelen av skjemaet er også det neste spørsmålet benyttet i mange tidligere studier, og det handler om i hvilken grad man mener at andre er til å stole på (tillit). Spørsmålet etterpå dreier seg om tilhørighet til stedet en bor på. Igjen benyttes den samme 11-punkts skalaen. Dette spørsmålet analyseres for seg.

Det siste spørsmålet i livskvalitets-delen av skjemaet dreier seg om hvor trygg en føler seg når en er ute og går i nærmiljøet. Også dette spørsmålet besvares ved bruk av 11-punkts skalaen (0-10) og presenteres for seg i denne rapporten.

2.4.19 Demografiske opplysninger og opplevd økonomisk situasjon

Spørsmålet om høyeste fullførte utdanning, som kommer først i denne delen, har vi gjort rede for ovenfor. Deretter kommer det et spørsmål om en opplever at husholdningens samlede inntekt strekker til i det daglige. Svarkategoriene er «Svært vanskelig», «Vanskelig», «Forholdsvis vanskelig», «Forholdsvis lett», «Lett», «Svært lett» og «Vet ikke». Andel som rapporterer at det er «Svært vanskelig», «Vanskelig» eller «Forholdsvis vanskelig» å få pengene til å strekke til i det daglige presenteres. Kategorien «Vet ikke» er i denne sammenhengen holdt utenfor prosentfordelingen.

Deretter kommer et spørsmål om arbeids- eller livssituasjon med til sammen 11 mulige svar, der det er tillatt å sette kryss mer enn ett sted.

Videre er det med et spørsmål om sivilstatus, som er hentet fra rapporten om måling av livskvalitet. Svarkategoriene er «Gift/registrert partner», «Samboende», «Har kjæreste (som du ikke bor sammen med)», «Enslig», og «Enke/enkemann».

Så kommer spørsmål om antall personer i husstanden, hvor mange barn under 18 år man har omsorg/ansvar for, og i tilfelle hvilke aldersgrupper barnet/barna tilhører. Svaralternativene er: 0-2 år, 3-5 år, 6-12 år, 13-17 år.

Det ble spurt om man eier eller leier boligen sin, med svaralternativene «Jeg eier min bolig», «Jeg leier min bolig» og «Jeg bor gratis hos familie eller venner».

Spørsmålene om personer i husstanden, barn og eieforhold til eigen bolig er tatt inn i grunnmodulen etter siste skjemarevisjon f.o.m. 2021. *I denne rapporten presenterer vi, av*

[18] Dette spørsmålet har et ufullstendig sett av svarkategorier. Mellom de to svarene «Noen ganger i året» og «Sjeldnere enn hvert år», burde det settes inn et ekstra svar «Omtrent én gang i året».

plasshensyn, ikke resultater for grupper definert ved sivil status, husholdstørrelse og arbeids- eller livssituasjon.

2.4.20 Tilleggsspørsmål i undersøkelsen i Agder

I Folkehelseundersøkelsen i Agder er det lagt til tjue tilleggsspørsmål, og tre av spørsmålene har oppfølgingsspørsmål.

Ett av spørsmålene omhandlet diskriminering. Deltakerne ble spurt om de hadde opplevd å bli behandlet dårligere enn andre de siste 12 månedene som følge av «Alder», «Kjønn», «Helseproblemer, sykdom, skade», «Funksjonsnedsettelse», «Etnisk bakgrunn», «Hudfarge», «Religion/livssyn», «Politiske holdninger», «Seksuell identitet» eller «Annen grunn, usikker grunn». Svaralternativene var «Ja», «Nei», «Vet ikke» og «Vil ikke svare».

De som svarte «Ja» på en eller flere fikk følgende oppfølgingsspørsmål: «I hvilke situasjoner i løpet av de siste 12 måneder var det du opplevde å bli forskjellsbehandlet?» Det ble gitt tolv svaralternativer, der det ble presisert at det var tillatt med flere svar: «I arbeidslivet», «I skole eller utdanningsinstitusjon», «At du ikke har fått et arbeid som du har søkt og var kvalifisert for», «I det norske helsevesenet», «I kontakt med politiet», «Av ansatte på offentlig kontor, som f.eks. NAV, barnevern», «I forbindelse med kjøp eller leie av bolig», «På restauranter, kafeer eller utesteder», «I butikk eller bank», «På buss, tog eller T-bane», «Av folk på gater eller torg» og «Andre steder».

Deltakerne fikk ni spørsmål om livshendelser i barndommen. Det ble presisert at de skulle tenke på sin oppvekst, da de var 0-18 år. Deltakerne ble spurt:

- «Ble dine foreldre skilt, eller flyttet de fra hverandre da du var barn (før 18 år)?». Svaralternativene var «Ja», «Nei» og «Foreldrene mine har ikke bodd sammen».
- «Var det mye krangling, uro, konflikter eller vanskelig kommunikasjon i barndomshjemmet?». Svaralternativene var «I svært høy grad», «I høy grad», «I liten grad», «I svært liten grad» og «Ikke i det hele tatt».
- «Sliter du med vonde minner fra oppveksten pga. tap, svik, vanskjøtsel, vold, mishandling eller misbruk?». Svaralternativene var «I svært høy grad», «I høy grad», «I liten grad», «I svært liten grad» og «Ikke i det hele tatt».
- «Når du tenker på barndommen/oppveksten din, vil du beskrive den som?». Svaralternativene var «Svært god», «God», «Middels», «Vanskelig» og «Svært vanskelig».
- «Kunne du i oppveksten søke støtte hos en voksen person som du var trygg på?». Svaralternativene var «I svært høy grad», «I høy grad», «I liten grad», «I svært liten grad» og «Ikke i det hele tatt».
- «Har du vokst opp i et hjem der minst en av dine nære omsorgspersoner (foreldre eller steforeldre) har hatt et alkoholproblem?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- «Har du vokst opp i et hjem der minst en av dine nære omsorgspersoner (foreldre eller steforeldre) har hatt psykiske helseproblem som påvirket hverdagslivet i familien?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- «Har noen av dine nære omsorgspersoner mishandlet eller utøvet vold mot deg i løpet av oppveksten?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei». De som svarte «Ja»

fikk følgende oppfølgingsspørsmål: «På hvilken måte ble du mishandlet og/eller utsatt for vold?». Det ble gitt fem svaralternativer, der det ble presisert at det var tillatt med flere svar: «Følelsesmessig (krenket eller såret deg, mobbet deg, brukt trusler, ydmykelser, nedverdigelser)», «Fysisk (påført deg fysisk skade/smerte)», «Seksuelt (påtvungne seksuelle tilnærmelser eller seksuelle handlinger)», «Ingen av delene» og «Ønsker ikke svare».

Deltakerne fikk to eller tre spørsmål om livshendelser i voksen alder, der de skulle svare ut fra om noe av det følgende hadde hendt de etter de fylte 18 år. Deltakerne ble spurt:

- «Er du eller har du vært partner eller forelder til mennesker med rusproblemer / rusbrukslidelse?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- «Er du eller har du vært partner eller forelder til mennesker som har så store psykiske helseproblem at det har gått ut over hverdagslivet ditt?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- Ett spørsmål fikk kun deltakere med alder 23 år eller eldre: «Har noe av det følgende hendt deg i løpet av de siste 5 årene?» og med følgende spørsmål: «Opplevd et samlivsbrudd?», «Mistet noen nære i dødsfall?», «Selv vært utsatt for en alvorlig fysisk sykdom eller skade?», «Opplevd at en av dine nærmeste har vært alvorlig syk eller blitt utsatt for skade?», «Blitt utsatt for fysisk vold?», «Blitt tvunget eller forsøkt tvunget til seksuell omgang?» og «Blitt fornedret eller ydmyket over lengre tid?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».

Til sist var det åtte spørsmål om fungering. Disse gikk kun til deltakere med alder 65 år og eldre. Deltakerne ble spurt:

- «Har du vanskeligheter med hukommelse eller orientering (vet du hvor du er, eller hvilken dag det er)?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- «Har du gått ned i vekt uten å ha gjort et forsøk på det i løpet av de siste 2-3 år?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- «Har du gått ned i vekt mer enn 3 kg uten å ha gjort et forsøk på det i løpet av de siste 3 månedene?». Svaralternativene var «Ja», «Nei» og «Vet ikke».
- «Har du spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst i løpet av de siste 3 månedene?». Svaralternativene var «Ja, i stor grad», «Ja, i noen grad» og «Nei».
- «Har du vansker med å høre hvisking (selv om du bruker hjelpemidler)?». Svaralternativene var «Ja», «Noen ganger» og «Nei».
- «Har du noen problemer med synet ditt (selv når du bruker briller): vansker med å se langt, lese, øyesykdommer eller får du behandling for diabetes eller høyt blodtrykk?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- «Har du følt deg opplagt den siste uken?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei».
- «Tror du det vil være trygt for deg å reise deg opp fra stolen fem ganger uten å bruke armene?». Svaralternativene var «Ja» og «Nei». De som svarte «Ja» fikk følgende oppfølgingsspørsmål: «Vi ønsker at du skal reise deg helt opp så RASKT du kan fem ganger, uten stopp. Behold armene i kryss over brystet. Klarer du i løpet av 14 sekunder å reise deg fem ganger fra en stol uten å bruke armene?». Svaralternativene var «Ja», «Nei» og «Delvis».

I Agder hadde vi også med et spørsmål som kom etter spørsmålet i demografidelen i hovedmodulen om antall barn under 18 år i husstanden. Dette tilleggsspørsmålet handlet om en selv eller ens partner venter barn, med svaralternativene «Ja, venter eget barn», «Ja, ved adopsjon», «Nei», og «Lite aktuelt i vår alder».

Til sist i den delen som handler om demografi ble det spurt om eget og foreldres fødeland. De som svarte at de selv, eller minst én av foreldrene, er født i utlandet, ble spurt hvilke land hver av disse er født i, og hvor lenge man selv har bodd i Norge.

Resultater basert på disse tilleggsspørsmålene blir ikke presenterte i denne rapporten.

Vedlegg 3: Tabell fylkessammenstilling



Tabell A1: Utfallsmål etter fylke. Ikke populasjonsvektede tall.

Spørreskjemaet som ble brukt i FHUS Agder 2023 er en revidert versjon av grunnmodulen for folkehelseundersøkelsene, først brukt i Møre og Romsdal i februar 2021. Deler av skjemaet er likevel brukt allerede i pilotundersøkelsen i de tidligere Vestfold og Agder-fylkene [36], samt i tidligere Hordaland og Sogn og Fjordane [37, 38]. Undersøkelsen har enda flere likheter med grunnmodulen av spørsmål brukt i Troms/Finnmark, Agder, Nordland og Rogaland i 2019/2020 [24, 39-41].

Merk: I tabellen på de neste sidene sammenlignes utfallsmål fra FHUS Agder med tidligere FHUS-undersøkelser på spørsmål som enten er helt like, eller såpass like med tidligere undersøkelser at tallene lar seg sammenlikne. Blant de tidligere undersøkelsene inngår også undersøkelsen som ble gjennomført i Agder i 2019.

Vi har merket tallene fra tidligere FHUS-undersøkelser i rosa farge der spørsmålsformuleringene eller svarkategoriene ikke er identiske med det som er brukt i Agder 2023. Sammenligninger mellom Agder 2023 og disse undersøkelsene er usikre. For ytterligere informasjon om disse spørsmålene henviser vi til Vedlegg 2 i rapporten fra FHUS Vestland 2022[19].

For hver utfallsvariabel oppgir vi tall for Agder, tall for hver enkelt av de tidligere undersøkelsene og gjennomsnittstall for de tidligere undersøkelsene. Tall for Agder markeres med enten rød eller grønn bakgrunn dersom konfidensintervallet (95% KI) for Agder ikke overlapper med gjennomsnittstallet for de tidligere undersøkelsene og effektstørrelsen er 0,10 eller større. Rød bakgrunn viser tall som er mindre positive enn gjennomsnittet for de andre fylkene. Grønn bakgrunn viser tall som er mer positive for Agder 2023. Ingen farge markerer at forskjellen mellom Agder og gjennomsnittet for de tidligere undersøkelsene er svært liten. Lys farge betyr at effektstørrelsen er svært liten (0,10-0,14). Litt kraftigere farge betyr at forskjellen er litt større (0,15+).

I undersøkelsen i Agder var sumskåren for «Positive følelser» basert på fire ledd. Tidligere har en som regel benyttet en sumskår basert på bare to ledd. For å kunne sammenligne med andre fylker har vi derfor i tabellen nedenfor benyttet sumskåren med bare to ledd også for Agder.

[19] https://www.fhi.no/publ/2022/folkehelseundersokinga-i-vestland-2022--framgangsmate-og-utvalde-resultat/

		Trivsel, tilbud og tilgjengelighet på tjenester og fasiliteter								
Fylke	År	Trivsel i nærmiljøet (stor grad av)	Kulturtilbud (god/svært god tilgjengelighet)	Idrettstilbud (god/svært god tilgjengelighet)	Butikker (god/svært god tilgjengelighet)	Offentlig transport (god/svært god tilgjengelighet)	Natur og friluftsområder (god/svært god tilgjengelighet)	Gang og sykkelveier (godt eller svært godt utbygde)	Organisert aktivitet (ukentlig)	Egen-organisert Aktivitet (ukentlig)
		%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hordaland	2018	73,2							25,5	41,6
Sogn og Fjordane	2019	70,5							27,7	41,8
Troms og Finnmark	2019	72,1			80,5	39,2	95,1	43,2	24,8	53,0
Agder	2019	75,5			82,8	50,2	95,1	60,5	32,8	57,5
Nordland	2020	70,9			81,5	31,8	95,6	46,7	26,9	52,0
Rogaland	2020	76,6			85,0	57,9	92,4	67,9	27,6	53,9
Møre og Romsdal	2021	73,7	67,5	76,8	79,1	34,2	93,3	43,7	22,5	45,5
Vestfold og Telemark	2021	76,6	78,5	82,5	84,9	52,5	92,5	60,5	25,9	47,0
Viken	2021	74,1	74,5	80,0	81,6	60,7	91,1	55,5	23,1	43,8
Vestland	2022	73,4	70,2	78,3	81,8	53,9	92,6	39,1	24,2	47,2
Innlandet	2023	71,7	66,1	82,6	75,7	38,9	92,3	52,2	24,9	46,8
N		11	5	5	9	9	5	9	11	11
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**73,5**	**71,4**	**80,0**	**81,4**	**46,6**	**92,4**	**52,1**	**26,0**	**48,2**
Agder 2023										
Gjennomsnitt eller prosenter		**73,5**	**73,3**	**79,0**	**79,1**	**47,8**	**92,1**	**59,0**	**31,4**	**53,2**
Lav CI95%		72,7	72,6	78,3	78,4	46,9	91,6	58,2	30,6	52,4
Høy CI95%		74,3	74,0	79,7	79,7	48,7	92,6	59,9	32,2	54,1
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for prosenter*)		0,00	0,04	0,02	0,06	0,02	0,01	0,14	0,12	0,10
Agder endring 2019-2023		-2,0			-3,7	-2,4		-1,5	-1,4	-4,3
Effektstørrelse (***d*** for gjennomsnitt, ***h*** for prosenter)		0,05			0,09	0,05		0,03	0,03	0,09

		Helserelaterte utfall									
Fylke	År	God eller svært god helse	God eller svært god tannhelse	Siste besøk hos tannlege > 2 år	KMI 30+	Søvn-problemer (Insomni)	HSCL-5	Hverdagen i stor grad påvirket av helseplager	Funksjons-nedsettelser i hverdagen på grunn av skade	Korsrygg-smerter	Nakke-smerter
		%	%	%	%	%	$\bar{x}$	%	%	%	%
Hordaland	2018	75,9		10,4			1,46				
Sogn og Fjordane	2019	76,1		11,4			1,42				
Troms og Finnmark	2019	69,8	67,4	15,9	20,7		1,50	11,7	6,1		
Agder	2019	72,4	74,7	10,8	17,5		1,52	11,4	6,1		
Nordland	2020	70,1	69,5	14,3	21,5		1,50	12,0	5,8		
Rogaland	2020	75,7	76,5	9,4	16,2		1,50	9,2	4,6		
Møre og Romsdal	2021	71,8	72,6	12,3	19,4	11,1	1,50	11,1	5,2	42,9	38,1
Vestfold og Telemark	2021	71,1	73,1	11,7	18,9	13	1,52	13,0	6,3	43,8	41,9
Viken	2021	72,1	74,7	12	18,4	11,5	1,52	11,9	5,9	43	41,8
Vestland	2022	70	74,6	11,3	17,9	11,9	1,51	11,2	5,4	43,5	40,1
Innlandet	2023	67,8	71,9	12,5	21,6	12,1	1,57	14,6	7,1	47,9	44,3
N		11	9	11	9	5	11	9	9	5	5
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**72,1**	**72,8**	**12,0**	**19,1**	**11,9**	**1,50**	**11,8**	**5,8**	**44,2**	**41,2**
Agder 2023											
Gjennomsnitt eller prosenter		**69,5**	**72,9**	**10,8**	**18,8**	**14,4**	**1,59**	**15,2**	**7,3**	**45,2**	**41,9**
Lav CI95%		68,7	72,1	10,2	18,1	13,8	1,57	14,6	6,9	44,3	41,1
Høy CI95%		70,3	73,6	11,3	19,4	15,1	1,60	15,8	7,8	46,1	42,8
Effektstørrelse (***d*** for gjennomsnitt, ***h*** for prosenter)		0,06	0,00	0,04	0,01	0,07	0,13	0,10	0,06	0,02	0,01
Agder endring 2019-2023		-2,9	-1,8	0,0	1,3		0,07	3,8	1,2		
Effektstørrelse (***d*** for gjennomsnitt, ***h*** for prosenter)		0,06	0.04	0,00	0,03		0,10	0,11	0,05		

Fylke	År	Sosial støtte (høy grad)	Sammen med gode venner ukentlig el. oftere	Ensom (UCLA)	Fysisk aktiv	Røyker daglig	Bruker snus daglig	Inntak av brus/ leskedrikk 2-3 gg. i uken eller oftere	Daglig inntak av frukt eller bær	Daglig inntak av grønnsaker	Spiser fisk 2-3gg. i uken eller oftere	Drikker alkohol 2-3 gg. i uken eller oftere	Episodisk høyt alkoholforbruk månedlig	Alkohol-enheter per gang
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	x̄
Hordaland	2018					8,7	10,5		33,8	45,1		21,2	17,3	
Sogn og Fjordane	2019					8,4	10,3		32,3	41,5		13,8	13,1	
Troms og Finnmark	2019		64,2		20,6	10,0	14,8		25,3	32,7		18,8	17,6	
Agder	2019	44,8	65,0	10,9	18,2	9,2	11		29,3	36,8		19,6	19,6	
Nordland	2020		61,6		20,0	9,0	15,5		25	34,6		20,6	15,8	
Rogaland	2020		57,5		22,4	7,9	11,3		29,4	40,1		22,2	19,2	
Møre og Romsdal	2021	36,7	50,2		25	8,5	12,8	30,4	35,4	42,8	58,4	18,9	13,2	
Vestfold og Telemark	2021	36,3	51,7		20,4	9,2	12,5	26,6	33	48,2	48,8	25	16,5	
Viken	2021	35,9	47	11,3	20,3	8,3	12,3	24,8	33,2	47,3	51	28,1	15,9	
Vestland	2022	36,2	52,1	11,4	24,7	7,1	11,8	26,2	37,6	47,7	54,3	21,5	15,7	2,97
Innlandet	2023	33,6	51,2	13,9	22,3	9,0	13,8	27,8	28,5	36,0	46,5	20,2	12,4	2,77
N		5	9	3	5	5	5	5	5	5	5	11	11	2
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**35,7**	**55,6**	**11,9**	**22,5**	**8,4**	**12,6**	**27,2**	**33,5**	**44,4**	**51,8**	**20,9**	**16,0**	**2,87**
Agder 2023														
Gjennomsnitt eller prosenter		**38,2**	**57,0**	**13,4**	**22,3**	**8,0**	**11,3**	**28,4**	**31,8**	**40,8**	**42,9**	**19,3**	**16,3**	**3,29**
Lav CI95%		37,3	56,2	12,8	21,6	7,5	10,7	27,6	31,0	40,0	42,0	18,6	15,6	3,25
Høy CI95%		39,0	57,9	14,0	23,1	8,4	11,8	29,2	32,6	41,7	43,7	20,0	16,9	3,34
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for prosenter*)		0,05	0,03	0,03	0,01	0,01	0,04	0,03	0,04	0,07	0,18	0,04	0,01	0,18
Agder endring 2019-2023		-6,6	-8,0	2,5								-0,03	-3,3	
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for prosenter*)		0,13	0,16	0,08								0,01	0.09	

		Økonomi og utfall relatert til livskvalitet											
Fylke	År	Økonomiske vansker	Tilfredshet med livet	Fremtidsoptimisme	Mening med livet	Negative følelser	Positive Følelser (glad, rolig og avslappet)	Ensomhet	Sosiale relasjoner (støttende og givende)	Tillit til andre	Stedstilhørighet	Føler seg trygg i nærmiljøet	Engasjement
		%	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄	x̄
Hordaland	2018												
Sogn og Fjordane	2019												
Troms og Finnmark	2019	21,4	7,53		7,52	3,13	7,00	2,23	7,33	7,01	7,44	9,16	6,42
Agder	2019	20,8	7,59		7,56	3,17	6,98	2,20	7,43	7,23	7,43	8,96	6,48
Nordland	2020	19,4	7,48		7,50	3,14	7,00	2,21	7,28	7,09	7,6	9,16	6,36
Rogaland	2020	16,7	7,54		7,49	3,02	6,96	1,93	7,45	7,24	7,47	8,93	6,34
Møre og Romsdal	2021	16,8	7,30	7,79	7,45	3,14	6,86	2,22	7,22	7,03	7,55	9,18	6,05
Vestfold og Telemark	2021	18,7	7,41	7,81	7,47	3,11	6,81	1,97	7,32	7,15	7,38	8,94	6,31
Viken	2021	18,7	7,35	7,75	7,42	3,16	6,76	1,96	7,33	7,10	7,18	8,75	6,29
Vestland	2022	19,2	7,32	7,65	7,41	3,35	6,88	2,29	7,27	7,05	7,34	8,92	6,50
Innlandet	2023	27,1	7,24	7,50	7,35	3,10	6,62	2,11	7,09	6,69	7,17	9,04	6,23
N		9	9	5	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Gjennomsnitt av gjennomsnitt eller prosenter		**19,9**	**7,32**	**7,70**	**7,46**	**3,15**	**6,87**	**2,12**	**7,30**	**7,07**	**7,40**	**9,00**	**6,33**
Agder 2023													
Gjennomsnitt eller prosenter		**26,2**	**7,14**	**7,46**	**7,27**	**3,17**	**6,63**	**2,14**	**7,34**	**6,94**	**7,19**	**8,71**	**6,20**
Lav CI95%		25,5	7,10	7,42	7,23	3,13	6,59	2,10	7,31	6,90	7,15	8,68	6,16
Høy CI95%		27,0	7,17	7,49	7,31	3,21	6,66	2,19	7,38	6,99	7,24	8,75	6,24
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for pros.*)		0,15	0,09	0,12	0,08	0,01	0,12	0,01	0,02	0,05	0,08	0,16	0,06
Agder endring 2019-2023		5,4	-0,45		-0,29	0,00	-0,35	-0,06	-0.09	-0,29	-0,24	-0,25	-0,28
Effektstørrelse (***d*** *for gjennomsnitt*, ***h*** *for pros.*)		0,13	0,21		0,13	0.00	0,17	0,02	0,05	0,12	0,09	0,14	0,12

Vedlegg 4: Tabeller frekvensfordeling

Merk: Tallene i disse tabellene er ikke vektet.

Tabell 1: Høyeste fullførte utdanningsnivå

Høyeste fullførte utdanningsnivå	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Grunnskole	1325	7,20	7,20
Videregående skole	5459	29,68	36,88
Fagskole	2152	11,70	48,58
Universitet <2 år	1348	7,33	55,91
Universitet 2-4 år	4552	24,75	80,65
Universitet >4 år	3421	18,60	99,25
Ingen fullført utdanning	138	0,75	100,00
Totalt:	**18395**	**100**	

Tabell 2: Grad av trivsel i nærmiljøet

Grad av trivsel i nærmiljøet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
I stor grad	13421	72,82	72,82
I noen grad	4330	23,49	96,31
I liten grad	573	3,11	99,42
Ikke i det hele tatt	107	0,58	100,00
Totalt:	**18431**	**100**	

Tabell 3: Tilgjengeligheten til kulturtilbud

Tilgjengeligheten til kulturtilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	3724	20,50	20,50
God	7777	42,80	63,30
Verken god eller dårlig	3791	20,86	84,16
Dårlig	2020	11,12	95,28
Svært dårlig	858	4,72	100,00
Totalt:	**18170**	**100**	

Tabell 4: Tilgjengeligheten til idrettstilbud

Tilgjengeligheten til idrettstilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	5367	30,29	30,29
God	8565	48,34	78,64
Verken god eller dårlig	2536	14,31	92,95
Dårlig	958	5,41	98,36
Svært dårlig	291	1,64	100,00
Totalt:	**17717**	**100**	

Tabell 5: Tilgjengeligheten til butikker, spisesteder og andre servicetilbud

Tilgjengeligheten til butikker, spisesteder og andre servicetilbud	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	5179	28,51	28,51
God	8081	44,48	72,99
Verken god eller dårlig	2939	16,18	89,17
Dårlig	1567	8,63	97,79
Svært dårlig	401	2,21	100,00
Totalt:	**18167**	**100**	

Tabell 6: Tilgjengeligheten til offentlig transport

Tilgjengeligheten til offentlig transport	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	2032	11,53	11,53
God	4237	24,05	35,58
Verken god eller dårlig	3140	17,82	53,40
Dårlig	4181	23,73	77,13
Svært dårlig	4029	22,87	100,00
Totalt:	**17619**	**100**	

Tabell 7: Tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder

Tilgjengeligheten til natur- og friluftsområder	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	10939	59,90	59,90
God	6003	32,87	92,77
Verken god eller dårlig	954	5,22	97,99
Dårlig	294	1,61	99,60
Svært dårlig	73	0,40	100,00
Totalt:	**18263**	**100**	

Tabell 8: Utbygde gang- og sykkelveier

Utbygde gang- og sykkelveier	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært godt	2679	14,80	14,80
Godt	6563	36,25	51,04
Verken godt eller dårlig	3522	19,45	70,50
Dårlig	3033	16,75	87,25
Svært dårlig	2309	12,75	100,00
Totalt:	**18106**	**100**	

Tabell 9: Deltagelse i organisert aktivitet

Deltagelse i organisert aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig	483	2,62	2,62
Ukentlig	5261	28,54	31,16
1-3 ganger per måned	2865	15,54	46,70
Sjeldnere	5515	29,92	76,62
Aldri	4311	23,38	100,00
Totalt:	**18435**	**100**	

Tabell 10: Deltagelse i annen aktivitet

Deltagelse i annen aktivitet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig	1077	5,86	5,86
Ukentlig	8276	45,01	50,87
1-3 ganger per måned	5070	27,58	78,45
Sjeldnere	3030	16,48	94,93
Aldri	933	5,07	100,00
Totalt:	**18386**	**100**	

Tabell 11: Hvordan vurderer du din egen helse?

Hvordan vurderer du din egen helse?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	3490	18,91	18,91
God	9148	49,58	68,49
Verken god eller dårlig	3993	21,64	90,14
Dårlig	1602	8,68	98,82
Svært dårlig	218	1,18	100,00
Totalt:	**18451**	**100**	

Tabell 12: Hvordan vurderer du tannhelsen din?

Hvordan vurderer du tannhelsen din?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært god	3968	21,52	21,52
God	9326	50,58	72,10
Verken god eller dårlig	3312	17,96	90,06
Dårlig	1436	7,79	97,85
Svært dårlig	396	2,15	100,00
Totalt:	**18438**	**100**	

Tabell 13: Når var du sist hos tannlege/-pleier?

Når var du sist hos tannlege/-pleier?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0-2 år siden	16392	88,84	88,84
3-5 år siden	1208	6,55	95,38
Mer enn 5 år siden	852	4,62	100,00
Totalt:	**18452**	**100**	

Tabell 14: Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?

Hvor ofte føler du at du savner noen å være sammen med?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	5078	27,51	27,51
Sjelden	6294	34,10	61,62
Av og til	4911	26,61	88,23
Ofte	1472	7,98	96,20
Svært ofte	701	3,80	100,00
Totalt:	**18456**	**100**	

Tabell 15: Hvor ofte føler du deg utenfor?

Hvor ofte føler du deg utenfor?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	4440	24,19	24,19
Sjelden	7494	40,82	65,01
Av og til	4415	24,05	89,06
Ofte	1361	7,41	96,48
Svært ofte	647	3,52	100,00
Totalt:	**18357**	**100**	

Tabell 16: Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?

Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	7634	41,57	41,57
Sjelden	5939	32,34	73,91
Av og til	3132	17,06	90,97
Ofte	1116	6,08	97,05
Svært ofte	542	2,95	100,00
Totalt:	**18363**	**100**	

Tabell 17: Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?

Hvor ofte trener eller mosjonerer du vanligvis?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	731	3,96	3,96
Sjeldnere enn én gang i uken	2210	11,98	15,95
Én gang i uken	2870	15,56	31,51
2-3 ganger i uken	6548	35,51	67,02
4-5 ganger i uken	3064	16,62	83,63
Omtrent hver dag	3018	16,37	100,00
Totalt:	**18441**	**100**	

Tabell 18: Hvor hardt trener eller mosjonerer du?*

Hvor hardt trener eller mosjonerer du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett	6570	37,40	37,40
Tar det så hardt at jeg blir andpusten og/eller svett	10159	57,83	95,22
Tar meg nesten helt ut	839	4,78	100,00
Totalt:	**17568**	**100**	

*Blant de som oppgav å trene «Sjeldnere enn én gang i uken» eller oftere (se tabell 17)

Tabell 19: Hvor lenge holder du på hver gang?

Hvor lenge holder du på hver gang?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Mindre enn 15 minutter	1015	5,79	5,79
15 minutter - 29 minutter	3332	19,01	24,79
30 minutter - 1 time	9267	52,86	77,65
Mer enn 1 time	3918	22,35	100,00
Totalt:	**17532**	**100**	

*Blant de som oppgav å trene «Sjeldnere enn én gang i uken» eller oftere (se tabell 17)

Tabell 20: Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk

Inntak av sukkerholdig brus/leskedrikk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden/aldri	6796	36,84	36,84
1-3 ganger per måned	3510	19,03	55,87
1 gang per uke	2617	14,19	70,05
2-3 ganger per uke	2646	14,34	84,40
4-6 ganger per uke	1010	5,48	89,87
1 gang per dag	1032	5,59	95,47
Flere ganger per dag	836	4,53	100,00
Totalt:	**18447**	**100**	

Tabell 21: Inntak av frukt eller bær

Inntak av frukt eller bær	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden/aldri	712	3,88	3,88
1-3 ganger per måned	1666	9,07	12,95
1 gang per uke	2267	12,34	25,29
2-3 ganger per uke	4786	26,06	51,36
4-6 ganger per uke	3144	17,12	68,48
1 gang per dag	3532	19,23	87,71
Flere ganger per dag	2257	12,29	100,00
Totalt:	**18364**	**100**	

Tabell 22: Inntak av grønnsaker

Inntak av grønnsaker	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden/aldri	184	1,00	1,00
1-3 ganger per måned	443	2,41	3,42
1 gang per uke	884	4,82	8,24
2-3 ganger per uke	4298	23,42	31,66
4-6 ganger per uke	5281	28,78	60,44
1 gang per dag	5381	29,33	89,77
Flere ganger per dag	1877	10,23	100,00
Totalt:	**18348**	**100**	

Tabell 23: Inntak av fisk

Inntak av fisk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Sjelden/aldri	1387	7,55	7,55
1-3 ganger per måned	3120	16,98	24,52
1 gang per uke	6087	33,12	57,64
2-3 ganger per uke	6245	33,98	91,62
4-6 ganger per uke	1060	5,77	97,39
1 gang per dag	404	2,20	99,59
Flere ganger per dag	76	0,41	100,00
Totalt:	**18379**	**100**	

Tabell 24: Inntak alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)*

Inntak alkohol siste 12 måneder (dersom noen gang drukket)	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	1543	9,14	9,14
Månedlig eller sjeldnere	6244	36,99	46,13
2-4 ganger i måneden	5885	34,87	81,00
2-3 ganger i uken	2546	15,08	96,08
4 ganger i uken eller mer	661	3,92	100,00
Totalt:	**16879**	**100**	

*Deltakere som svarte at de aldri hadde drukket alkohol (8,1 % [n=1 508]) eller som ikke svarte på det innledende spørsmålet (0,4 % [n=68]) fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 25: Alkoholenheter per gang*

Alkoholenheter per gang	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
1-2	7603	49,77	49,77
3-4	4140	27,10	76,88
5-6	2042	13,37	90,25
7-9	968	6,34	96,58
10 eller flere	522	3,42	100,00
Totalt:	**15275**	**100**	

*Deltakere som svarte at de aldri hadde drukket alkohol (8,1 % [n=1 508]) eller som ikke svarte på det innledende spørsmålet (0,4 % [n=68]) fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 26: Frekvens, episodisk høyt alkoholforbruk*

Frekvens, episodisk høyt alkoholforbruk	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Aldri	5474	35,97	35,97
Sjeldnere enn månedlig	6965	45,76	81,73
Månedlig	2146	14,10	95,83
Ukentlig	586	3,85	99,68
Daglig eller nesten daglig	49	0,32	100,00
Totalt:	**15220**	**100**	

*Deltakere som svarte at de aldri hadde drukket alkohol (8,1 % [n=1 508]) eller som ikke svarte på det innledende spørsmålet (0,4 % [n=68]) fikk ikke dette spørsmålet.

Tabell 27: Hender at du røyker?

Hender at du røyker?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Ja	3045	16,50	16,50
Nei	15404	83,50	100,00
Totalt:	**18449**	**100**	

Tabell 28: Hvor ofte røyker du?

Hvor ofte røyker du?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig	1628	53,68	53,68
Av og til	1405	46,32	100,00
Totalt:	**3033**	**100**	

*Blant dem som oppgav at de røyker (se tabell 27)

Tabell 29: Hender at du bruker snus?

Hender at du bruker snus?	Frequency	Percentage (%)	Cum. (%)
Ja	2525	13,71	13,71
Nei	15894	86,29	100,00
Totalt:	**18419**	**100**	

Tabell 30: Hvor ofte bruker du snus?

Hvor ofte bruker du snus?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Daglig	2038	81,13	81,13
Av og til	474	18,87	100,00
Totalt:	**2512**	**100**	

*Blant dem som oppgav at de bruker snus (se tabell 29)

Tabell 31: Hvor ofte sammen med gode venner?

Hvor ofte sammen med gode venner?	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Omtrent daglig	1598	8,67	8,67
Omtrent hver uke, men ikke daglig	8847	48,00	56,67
Omtrent hver måned, men ikke ukentlig	5120	27,78	84,45
Noen ganger i året	2143	11,63	96,07
Sjeldnere enn hvert år	231	1,25	97,33
Har ingen gode venner	493	2,67	100,00
Totalt:	**18432**	**100**	

Tabell 32: Vurdering av husholdningsøkonomien

Vurdering av husholdningsøkonomien	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
Svært vanskelig	857	4,74	4,74
Vanskelig	1283	7,10	11,84
Forholdsvis vanskelig	2599	14,38	26,22
Forholdsvis lett	5630	31,15	57,37
Lett	4021	22,25	79,62
Svært lett	3684	20,38	100,00
Totalt:	**18074**	**100**	

Tabell 33: Tilfredshet med livet

Tilfredshet med livet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke tilfreds i det hele tatt	171	0,93	0,93
1	132	0,72	1,64
2	281	1,52	3,17
3	666	3,61	6,78
4	734	3,98	10,76
5	1620	8,78	19,54
6	2270	12,31	31,85
7	3706	20,09	51,94
8	4029	21,84	73,78
9	2217	12,02	85,80
10: Svært tilfreds	2619	14,20	100,00
Totalt:	**18445**	**100**	

Tabell 34: Fremtidsoptimisme

Fremtidsoptimisme	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke tilfreds i det hele tatt	158	0,87	0,87
1	119	0,65	1,52
2	211	1,16	2,67
3	416	2,28	4,95
4	510	2,79	7,75
5	1626	8,91	16,66
6	1659	9,09	25,75
7	3303	18,10	43,85
8	4445	24,36	68,21
9	2747	15,05	83,26
10: Svært tilfreds	3054	16,74	100,00
Totalt:	**18248**	**100**	

Tabell 35: Det man gjør i livet er meningsfylt

Det man gjør i livet er meningsfylt	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke meningsfylt i det hele tatt	248	1,35	1,35
1	173	0,94	2,29
2	351	1,91	4,21
3	585	3,19	7,39
4	674	3,67	11,07
5	1607	8,76	19,82
6	1745	9,51	29,33
7	3093	16,85	46,19
8	3962	21,59	67,77
9	2548	13,88	81,66
10: Svært meningsfylt	3366	18,34	100,00
Totalt:	**18352**	**100**	

Tabell 36: Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du ensom?

Ensomhet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke ensom i det hele tatt	7697	41,95	41,95
1	2547	13,88	55,83
2	2098	11,43	67,26
3	1410	7,68	74,94
4	855	4,66	79,60
5	1145	6,24	85,84
6	781	4,26	90,10
7	791	4,31	94,41
8	524	2,86	97,26
9	226	1,23	98,50
10: Svært ensom	276	1,50	100,00
Totalt:	**18350**	**100**	

Tabell 37: Tillit til andre

Tillit til andre	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Kan ikke være for forsiktig	466	2,53	2,53
1	212	1,15	3,68
2	530	2,87	6,55
3	769	4,17	10,72
4	892	4,84	15,56
5	2255	12,23	27,79
6	1754	9,51	37,31
7	3107	16,85	54,16
8	3365	18,25	72,41
9	1631	8,85	81,26
10: Folk flest er til å stole på	3455	18,74	100,00
Totalt:	**18436**	**100**	

Tabell 38: Stedstilhørighet

Stedstilhørighet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Føler ikke tilhørighet overhodet	460	2,50	2,50
1	285	1,55	4,05
2	553	3,01	7,06
3	726	3,95	11,01
4	715	3,89	14,91
5	1751	9,53	24,43
6	1537	8,36	32,80
7	2284	12,43	45,23
8	3023	16,45	61,68
9	1941	10,56	72,24
10: Føler sterk grad av tilhørighet	5101	27,76	100,00
Totalt:	**18376**	**100**	

Tabell 39: Trygg i nærmiljøet

Trygg i nærmiljøet	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke trygg i det hele tatt	65	0,35	0,35
1	45	0,25	0,60
2	82	0,45	1,05
3	141	0,77	1,82
4	214	1,17	2,98
5	543	2,96	5,94
6	551	3,00	8,95
7	1341	7,31	16,26
8	2608	14,22	30,48
9	2961	16,15	46,63
10: Svært trygg	9787	53,37	100,00
Totalt:	**18338**	**100**	

Tabell 40: Tenk på hvordan du har følt deg de siste 7 dagene. I hvilken grad var du engasjert?

Engasjement	Frekvens	Prosent (%)	Kumm. (%)
0: Ikke engasjert i det hele tatt	362	1,97	1,97
1	272	1,48	3,46
2	663	3,61	7,07
3	1099	5,99	13,06
4	1250	6,81	19,87
5	3154	17,19	37,06
6	2612	14,23	51,29
7	3387	18,46	69,75
8	3000	16,35	86,10
9	1143	6,23	92,33
10: Svært engasjert	1408	7,67	100,00
Totalt:	**18350**	**100**	

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Januar 2024
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider
www.fhi.no